

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

HENRI MINET

Ancien Externe des Hôpitaux

Médaille des Epidémies

Né à Paris, le 27 Octobre 1900

TROUBLES URINAIRES

déterminés par la

Rétroversion de l'Utérus gravide

Travail du Service de M. le Docteur DEVRAIGNE

Médecin-Chef de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1927

430

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

021



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

HENRI MINET

Ancien Externe des Hôpitaux

Médaille des Epidémies

Né à Paris, le 27 Octobre 1900

TROUBLES URINAIRES

déterminés par la

Rétroversion de l'Utérus gravide

Travail du Service de M. le Docteur DEVRAIGNE

Médecin-Chef de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

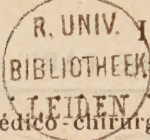
Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1927



	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIERE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI Pathologie médicale.	HOVELACQUE. . Anatomie.
AUBERTIN Pathologie médicale.	JOYEUX Parasitologie.
BASSET Pathologie chirurgi- cale	LABBÉ (Henri). . Chimie biologique.
BAUDOUIN Pathologie médicale.	LARDENNOIS. . Pathologie chirurgi- cale.
BINET Physiologie.	LEMAITRE Oto-rhino-laryngolo- gie.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.	LÉVY SOLAL. . . Obstétrique.
BRULÉ Pathologie médicale.	LHERMITTE. . . Pathologie mentale.
CADENAT Pathologie chirurgi- cale.	LIAN Pathologie médicale.
CHAMPY Histologie.	MATHIEU Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY Pathologie médicale.	METZGER Obstétrique.
CLERC Pathologie médicale.	MONDOR Pathologie chirurgi- cale
DEBRÉ Hygiène.	MOURE Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG Anatomie pathologi- que.	MULON Histologie.
DUVOIR Médecine légale.	PHILIBERT Bactériologie.
ÉCALLE Obstétrique.	RICHET Fils. . . Physiologie.
FIESSINGER . . . Pathologie médicale.	VAUDESCAL. . . Obstétrique.
FOIX Pathologie médicale.	VERNE Histologie.
GARNIER Pathologie expéri- mentale.	VELTER Ophtalmologie.
HARVIER Pathologie médicale.	
HEITZ-BOYER . . Urologie.	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE .

pour le service des examens

MM.	MM.
GOUGEROT Pathologie médicale.	RETTNERER Histologie.
GUÉNIOT Obstétrique.	TANON Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉPER.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	RIBIERRE	Clinique médicale.
LEREBoullet. . .	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
		VILLARET. . . .	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres de leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, LE DOCTEUR H. MINET

A MA MERE

A MA GRAND'MERE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, PROFESSEUR DE CLINIQUE
OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, MEMBRE DE
L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Hommage de respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAÎTRE M. LE D^r DEVRAIGNE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ACCOUCHEUR EN CHEF
DE LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

*Qui a inspiré ce travail et a bien
voulu m'aider de ses conseils
constants, je resterai reconnais-
sant de la grande bienveillance
qu'il ne cesse de me témoigner.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

M. LE PROFESSEUR BOUSQUET

*Directeur de l'Ecole de médecine
de Clermont-Ferrand.*

M. LE D^r GANDY

M. LE PROFESSEUR ACHARD

M. LE D^r ROBINEAU

M. LE D^r FOURNIER

M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÈREBOULLET

M. LE D^r COYON

M. LE D^r MICHON

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROBERT DEBRÉ

M. LE D^r HUDELO

M. LE D^r DENIKER

M. LE D^r LOUIS RAMOND

M. LE D^r DEVRAIGNE

Introduction

Avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, c'est pour nous un agréable devoir que d'exprimer toute notre profonde reconnaissance au maître excellent à qui nous sommes redevable de nos modestes connaissances dans l'art des accouchements : M. le D^r Devraigne, qui a bien voulu nous guider pour mener à bien cette thèse. Nous apprécions à sa haute valeur l'honneur qu'il nous a fait en nous proposant une mise au point moderne des troubles urinaires de la rétroversion de l'utérus gravide.

Ce sujet nous a vivement intéressé, car la rétroversion de l'utérus est une affection dont nul ne contestera l'énorme fréquence, et si l'on en croit tous les auteurs anciens et même contemporains, les troubles urinaires de l'utérus gravide rétrodévié devraient se voir avec une non moins grande fréquence puisqu'ils y attachent une si grande importance dans leur description.

Ces troubles urinaires resteront toujours concrétisés dans la phrase classique de l'un d'eux, reproduite à chaque occasion : ce qui domine le tableau clinique de la rétroversion de l'utérus gravide du commencement à la fin, *c'est la vessie*, de sorte que l'on peut dire avec raison que dans cet accident de la grossesse, « L'UTÉRUS N'EST RIEN, LA VESSIE EST TOUT ». (Pinard.)

Instruit par ces auteurs si nombreux et si importants, dont l'unanimité complète enlevait tous les doutes, nous

avons été fort étonné d'entendre la non moins parfaite unanimité de voix de la part des *accoucheurs* exerçant la clinique dans divers hôpitaux de Paris pour affirmer qu'ils ne voyaient pas ou qu'ils ne voyaient presque plus ces troubles urinaires, particulièrement ceux répondant aux descriptions impressionnantes des observations anciennes et même récentes publiées surtout dans la littérature étrangère.

Mais ayant appris dans les auteurs que ces troubles urinaires se voyaient principalement dès le début de l'affection, dans les deux à trois premiers mois de la grossesse à titre de symptôme prémonitoire, à tel point que *Salmon*, dans sa thèse d'agrégation, dit que ; la rétention d'urine est le signe qui, bien avant la rétention des matières, fixe le premier l'attention des malades et du médecin dans la rétroversion utérine, et quand on l'observe au 3^e ou au 4^e mois de la grossesse, on peut presque affirmer, sans avoir pratiqué le toucher, que la rétroversion existe au 1^{er} ou 2^e degré; nous avons donc pensé que ces troubles urinaires du début avaient quelque chance d'être vus sinon par les accoucheurs, du moins par les *urologues*, et nous avons espéré que notre enquête serait plus fructueuse de ce côté : aussi nous sommes-nous empressé de la compléter, et c'est le résultat de ces recherches cliniques opposées à celles que nous avons faites dans les bibliothèques, que M. Devraigne a pensé devoir être intéressant à exposer, pour signaler *l'excès des descriptions* soigneusement réunies dans les auteurs, et surtout pour expliquer les *raisons* thérapeutiques qui ont transformé favorablement ce chapitre funeste de la pathologie. Car il nous va falloir commencer par la *description classique* si impressionnante que nous avons trouvée reproduite partout, étayée d'ailleurs d'observations indéniables, dont certaines assez récentes contribueront à accentuer encore mieux leur réalité, mise presque en doute par certains accoucheurs tant

elles offrent maintenant un caractère de rareté à leurs yeux.

Puis nous exposerons leurs *opinions actuelles*, ainsi que celle des spécialistes urinaires, ce qui sera la partie la plus rapide de notre thèse.

Enfin, nous essaierons d'expliquer la *disparition* de ce chapitre de la pathologie obstétricale et nous montrerons ainsi l'utilité indéniable de la *consultation pré-natale*, précoce, qui, entrée peu à peu dans les habitudes d'hygiène sociale, a pu seule arriver à cet heureux résultat : la disparition presque complète en France des troubles urinaires dans la rétroversion de l'utérus gravide.

Historique

Le premier travail complet à mentionner et qui nous a servi de base, est le mémoire de *Pinard et Varnier*, paru en 1886-1887 dans les *Annales de gynécologie*. Les auteurs écrivaient : qu'à la publication de ce mémoire ils pouvaient dire que les lésions vésicales en question, qui surviennent dans le cours de la rétroversion de l'utérus gravide, étaient presque inconnues en France. Ils avaient pour le croire de sérieuses raisons dont certaines ne sauraient trouver place ici.

Il nous suffira de dire qu'on en cherchait en vain des traces dans nos traités classiques, et que c'est à peine si Charles, de Liège, Monod, Boissard, Chantreuil, Charpentier leur avaient consacré quelques lignes. A leur connaissance, l'observation qu'ils publiaient était la première observation française de ce genre.

Depuis lors, dans l'article rétroversion du second volume de Tarnier et Budin (*Traité de l'art des accouchements*) un certain nombre des travaux et des observations publiés à l'étranger ont été analysés et forment un des chapitres les plus intéressants de ce livre.

C'est surtout en Allemagne que la question a fait l'objet de travaux nombreux et importants parmi lesquels nous citerons ceux de Kivisch Ritter, de May, C. Kleim, Rosenpländer, Ribnickar, Haussmann, Schatz et Krukenberg. Les Anglais ont également contribué, mais pour une part plus faible, à l'étude de ce sujet controversé.

Le P^r Guyon a consacré une de ses cliniques, en 1888. aux *cystites chez la femme*, et presque toute sa description roule sur la cystite due à la cause principale, d'après lui : la rétroversion de l'utérus gravide.

Depuis lors on ne voit pas de mémoires ni de thèses consacrées uniquement à ce sujet, sauf dans les traités classiques et manuels où souvent un chapitre spécial est réservé aux complications qui nous occupent; nous citerons principalement le manuel de Demelin et Devraigne, le précis de Dubrisay et Jeannin, de Wallich et Lévy-Solal, de Fabre, le traité de Ribemont-Dessaigne, etc...

Enfin, de nombreuses thèses sur la rétroversion, et principalement son traitement, n'oublient pas non plus ce chapitre; nous signalerons parmi les nombreux titres inscrits à la bibliographie, les thèses de Lerat, Raichstein, Lefebvre, Crivelli, etc...

Étiologie

Les causes de la rétroversion peuvent être divisées en prédisposantes et en déterminantes.

a) *Causes prédisposantes.* — C'est ordinairement du 3^e au 4^e mois de la grossesse que se produit cet accident; il est rare après le 5^e mois et avant le 3^e.

En effet, après le 5^e, l'utérus est trop volumineux pour basculer au-dessous du détroit supérieur.

Avant le 3^e mois au contraire il est encore assez petit pour échapper à la compression des parois osseuses de l'excavation pelvienne, et si le déplacement venait à se produire momentanément, rien n'empêcherait l'utérus de reprendre sa direction normale.

Ici nous ferons des réserves, car chez les femmes atteintes de rétroversion avant la grossesse, cette maladie peut persister après la fécondation. Mais elle ne se manifeste par aucun signe au début et passe inaperçue si la réduction se fait spontanément avant l'apparition des troubles de compression.

La rétroversion est plus commune chez les *multipares*. Sur 79 femmes atteintes de rétroversion pendant la gestation, Charles (de Liège) a trouvé 13 primipares et 66 multipares, soit une primi pour 5.

b) *Causes déterminantes.* — On décrit depuis Baudelocque une rétroversion à marche lente et une rétroversion subite, selon leur mode d'apparition.

Parmi les causes de ce déplacement à marche lente, nous noterons tout d'abord une rétroversion antérieure à la grossesse, affection extrêmement commune chez les multipares. Dans ce cas l'utérus en se développant se trouve à l'étroit dans l'excavation et remonte spontanément au-dessus du détroit supérieur, sans que la femme ait éprouvé le moindre malaise : la rétroversion passe complètement inaperçue.

D'autres fois, la rétroversion persiste surtout quand il y a des adhérences, et bientôt on observe tous les signes de la rétroversion à marche lente.

Parmi les autres causes de rétroversion on a signalé le développement plus rapide de la face postérieure de l'utérus pendant la grossesse, l'amplitude du bassin, l'exagération de la courbure du sacrum chez les rachitiques, mais surtout la pression continue que les viscères exercent sur le fond de l'utérus, l'S illiaque où s'accumulent des matières, enfin *la rétention d'urine*.

C'est à ce sujet que de nombreuses discussions ont eu lieu pour démontrer si la rétention était cause de la rétroversion ou si la rétroversion provoquait la rétention.

On peut admettre que la rétention entre pour une certaine part, tout au moins au début, dans la production de la rétroversion. On s'appuie sur ce fait qu'il suffit souvent de sonder les femmes régulièrement pour que la rétroversion disparaisse spontanément.

Le mécanisme est simple : la vessie repousse directement le fond utérin en se remplissant exagérément.

Quant à la rétroversion subite, elle peut avoir pour origine un traumatisme, une chute, un effort violent tel que le vomissement, etc...

Symptômes

1. DATE D'APPARITION.

Il est donc facile de se rendre compte que la rétroversion de l'utérus gravide n'aura pas d'action sur la vessie dès les premiers mois du développement du fœtus dans le petit bassin, celui-ci étant encore assez vaste pour contenir ce corps étranger sans manifester de troubles de compression exagérés. Mais le fœtus continue à se développer, et si la réduction ne se fait spontanément dans l'abdomen, ce qui arrive heureusement dans la grande majorité des cas, les troubles compressifs vont apparaître rapidement.

On comprend maintenant la *date* habituelle de l'apparition des accidents urinaires, vers le 3^e ou 4^e mois. « A ce moment, dit Guyon, la longueur de l'utérus acquiert environ 11 cm., c'est-à-dire les dimensions en largeur du petit bassin. »

2. MÉCANISME. PATHOGÉNIE.

Le mécanisme de ces accidents est discuté. A quoi est due la rétention? A) On l'attribue très souvent (Kustner) à la *compression du bas-fond vésical et de l'urètre* contre la symphyse pubienne par le col utérin fortement repoussé en avant. (Voir figure n° 1.) Mais si la compression de la vessie par le col peut être admise dans quelques cas de rétroflexion simple, un pareil mécanisme ne saurait être invoqué dans l'incarcération. Il suffit chez ces malades de pratiquer le

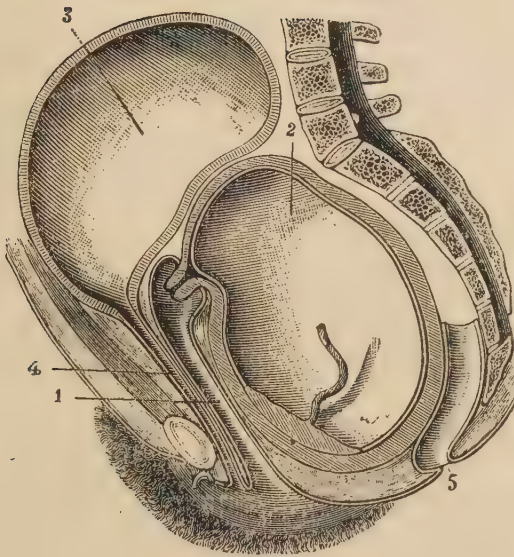


FIGURE 1

Rétroversion de l'utérus gravide
(d'après Schatz)

toucher vaginal pour se convaincre que le col, remonté sensiblement au-dessus de la symphyse, ne peut être un agent de compression.

B) Pour Olshausen, elle serait due à une *coudure de l'urètre* qui en réalité n'existe point.

Pour Treub, le col vésical étant plus ou moins adhérent au col utérin, celui-ci l'éviterait en se déplaçant; l'allongement faisant disparaître peu à peu la lumière du canal, s'opposerait au passage de l'urine.

Mais Pollosson fait remarquer que souvent le col est situé

au-dessus de la symphyse et ne comprime pas l'urètre, mais la partie inférieure de la vessie.

Ch. Reed accorde un rôle à la *paralysie vésicale* par compression des nerfs sacrés.

Enfin pour Martin et Brée la vessie coiffant le fond utérin et entraînée par la rétroflexion, descendrait dans la cloison recto-vaginale en la dédoublant de façon à venir presque bomber sous le périnée.

Dans ces conditions, la vessie revêt la forme d'un sablier dont l'étranglement correspondrait soit au col utérin, soit à l'angle de couture de l'utérus, et le sommet de la vessie étant dans une position déclive, sa dilatation se trouve de la sorte favorisée.

En résumé la véritable cause de la rétention doit être cherchée dans les adhérences anormales qui, à l'origine même de toute rétroversion, existent entre la vessie et le segment inférieur de l'utérus. De plus en plus tirailé par ces adhérences à mesure que la grossesse avance et que le segment inférieur se distend, le triangle vésical interurétral se tend à l'extrême; le canal de l'urètre lui-même est fortement tiré par en haut et ses parois s'accolent et s'aplatissent à la manière des parois d'un tube de caoutchouc que l'on tend : la preuve de ce fait est donnée par la longueur des sondes qu'il faut employer pour atteindre la cavité vésicale quand on cherche à pratiquer un cathétérisme.

3. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La quantité d'urine renfermée dans la vessie peut être considérable, 10 litres dans un cas récent de Kustner.

La distension se faisant lentement, la vessie lutte d'abord contre l'obstacle par l'hypertrophie de ses parois. Mais dès que la capacité dépasse 3 ou 4 litres, elle ne résiste plus et se laisse forcer. Il n'est pas très rare à ce stade de voir se produire de l'*hydronéphrose* avec distension énorme des

uretères (Wertheim). On a même cité des cas où l'ouraque redevenu perméable avait permis la sortie de l'urine par l'ombilic.

La *rupture de la vessie* sous la seule influence de la distension poussée à l'extrême a été observée.

Mais ces éclatements d'origine mécanique sont tout à fait rares et dans l'immense majorité des cas, la rupture reconnaît pour cause une gangrène des parois vésicales.

C'est la *gangrène vésicale* qui est le grand danger de la rétroversion de l'utérus gravide. Pinard, en 1887, avait émis l'opinion que le sphacèle était dû à l'oblitération artérielle. Aujourd'hui cette hypothèse doit être corrigée. C'est l'*infection* qui est l'agent du processus gangréneux.

Ce processus peut atteindre une ou plusieurs tuniques vésicales. On a vu sur des pièces anatomiques toute la muqueuse détachée des couches sous-jacentes et tombées dans l'intérieur de la vessie (Schatz). Les parois musculaires sont elles-mêmes frappées de sphacèle dans bien des cas, et la vessie se trouve sur une plus ou moins grande surface réduite à son enveloppe celluleuse et péritonéale. Malgré d'aussi graves désordres, certaines malades ont pu guérir, leur réservoir urinaire se trouvant alors transformé en un bloc fibreux creux dépourvu de toute contractilité.

4. COMPLICATIONS.

En résumé, on peut diviser les complications en A) complications mécaniques et B) complications infectieuses, celles-ci se surajoutant rapidement aux premières et venant les aggraver considérablement.

A) Parmi les complications mécaniques, il faut citer en premier lieu la *rétention*, celle-ci à la base de toutes les autres. La rétention exagérée aboutit à la distension de tout l'arbre urinaire avec dilatation urétrale, *hydronéphrose* (voir p. 47. Obs.) ayant pour terme ultime des lésions de

néphrite chronique et de sclérose, dont l'évolution fatale n'est parfois plus arrêtée par le traitement de la rétroversion.

En outre, un accident brutal peut survenir, spontanément ou après le moindre traumatisme, mettant un terme à cette distension : c'est *la rupture mécanique* (p. 43. Obs.).

B) La rétention est bientôt suivie et favorise l'apparition de *phénomènes infectieux* qui dominent rapidement la scène et commandent le plus souvent l'intervention. « Ils peuvent
« présenter tous les degrés, depuis la *cystite* catarrhale,
« hémorragique ou purulente, jusqu'à la *gangrène* partielle
« ou totale de la paroi vésicale. C'est dans ces cas que l'on
« peut voir l'expulsion par l'urètre de membranes, de lam-
« beaux de la paroi vésicale, parfois même la *rupture* de
« la vessie, et que la mort survient, du fait des seules alté-
« rations de l'appareil urinaire, par septicémie, urémie ou
« péritonite. » (Pinard et Varnier.)

Nous avons donc maintenant décrire chacune de ces complications au point de vue clinique, appuyant cette description d'observations que nous avons recueillies chez les auteurs anciens principalement, et dans quelques publications plus récentes.

Description classique

Après avoir lu la plupart des traités classiques anciens et modernes qui tous traitent longuement des complications urinaires et y consacrent même un chapitre spécial, nous pensons ne pouvoir mieux faire la description clinique qu'en la résumant du traité de Tarnier et Budin où fut publiée « la 1^{re} étude sérieuse en France sur ce sujet ». (Pinard.)

Symptômes. — Quel que soit le mode de début, la rétroversion complète s'annonce par des phénomènes caractéristiques dont le plus important est la *réten*tion d'urine.

Cette rétention peut se présenter sous plusieurs formes : tantôt les malades urinent encore, mais à leur insu la miction est incomplète, et les besoins d'uriner se répètent fréquemment. C'est là une remarque qui a son importance, car si on interroge ces malades sur le fonctionnement de leur vessie, elles ne manquent pas de répondre qu'elles urinent abondamment parce qu'elles prennent des mictions fréquentes et incomplètes pour des émissions régulières. Il faut connaître ce fait pour ne pas se laisser tromper par de faux renseignements, d'ailleurs donnés de bonne foi.

Boissard, dès 1883, attire à juste titre l'attention des praticiens sur les troubles urinaires qui peuvent chez la femme passer plus facilement inaperçus que chez l'homme où ils constituent toute la scène pathologique.

Chez celle-ci, les troubles urinaires vont le plus souvent

de pair avec une série de troubles que l'on peut rapporter à des modifications physiologiques et pathologiques de l'utérus : « Il faut donc insister sur l'utilité d'un examen spécial de l'appareil urinaire au cours de toute grossesse. » (1883.)

En principe, on devra toujours s'enquérir de la régularité de la miction chez toute femme grosse. A cet effet il ne faudra pas se contenter de savoir si la femme urine facilement, mais encore faudra-t-il s'assurer par soi-même de l'état de la vessie, de son plus ou moins de distension, en pratiquant un palper soigneux. C'est pour ne pas avoir suivi ce principe que bien des médecins ont eu à regretter l'apparition de graves accidents, fort rares aujourd'hui, depuis que l'attention s'est portée de ce côté.

Combien de fois, en effet, les malades urinant par regorgement, la rétention a-t-elle passé inaperçue ou prise pour une incontinence d'urine, d'autant plus que chez certaines multipares aux parois molles et extensibles la rétention peut se faire d'une manière indolente. Il y a diminution du besoin d'uriner et la distension de la vessie n'amène pas le réflexe habituel.

Tantôt les malades urinent difficilement, il y a dysurie, et l'urine ne s'écoule que goutte à goutte, la vessie restant d'ailleurs toujours plus ou moins distendue.

A un degré un peu plus avancé, l'excrétion urinaire est à peu près impossible et n'est plus soumise à la volonté, mais de temps en temps une certaine quantité d'urine s'échappe par regorgement et les malades se croient atteints d'incontinence d'urine.

Enfin la rétention est quelquefois complète, absolue.

Si l'on ne porte pas remède à ces troubles urinaires précoces qui constituent les premiers symptômes de la rétroversion de l'utérus gravide, loin de disparaître ils vont aller en s'accroissant rapidement et réaliseront les complications graves de l'affection.

La vessie devient le siège d'altérations plus ou moins prononcées dues à la *compression* exercée sur elle et au *séjour* prolongé de l'urine qui s'altère dans sa cavité, grâce à un nouveau facteur qui se surajoute rapidement à l'élément mécanique si favorable à son éclosion : L'INFECTION, infection autogène (coli-bacilles, etc...) ou exogène : sondages dont l'asepsie n'arrive jamais à être trop minutieuse.

Les accidents vésicaux bien connus depuis longtemps ont été dans ces dernières années l'objet de recherches nouvelles. Ils varient aussi d'intensité, suivant la durée de l'enclavement de l'utérus.

Tantôt ce sont des phénomènes de *cystite légère* : l'urine est trouble, muco-purulente, et contient des débris épithéliaux; tantôt la cystite est plus intense, l'urine est alors foncée, renferme du sang, exhale une odeur ammoniacale.

La cystite banale au début revêt, en effet, fréquemment la *forme hémorragique* ainsi qu'il en résulte des recherches de *Baisch*. (Hémorragies vésicales dans les rétroversions de l'utérus gravide. *Zeitschr. für gynäk, urol.*, 1908, II, n° 1).

Cette cystite hémorragique n'est pas toujours la conséquence de la seule distension de la vessie (complication mécanique, hémorragie *a vacuo* par sondage complet et rapide d'une grosse rétention), mais n'est parfois que la manifestation première de l'envahissement de la vessie par des germes infectieux et en particulier par le coli-bacille : *Delmas et Roger, de Montpellier* : cas de cystite hémorragique à coli-bacilles au cours d'une rétroversion de l'utérus gravide.

Enfin la sonde ramène parfois un liquide horriblement fétide, sanieux, parsemé de débris membraneux : il y a alors CYSTITES GANGRÉNEUSES.

Dans ces cas, la sonde ne donne souvent écoulement qu'à quelques gouttes de liquide, le bec de l'instrument

s'embarrassant dans des tissus sphacelés qui obturent ses orifices et qui s'opposent au passage de l'urine : la vessie reste alors constamment volumineuse, ainsi qu'on peut s'en assurer en palpant la tumeur qu'elle forme au-dessus du pubis.

On a observé dans ces circonstances l'expulsion par l'urètre de lambeaux membraneux, grisâtres, tantôt petits, tantôt plus larges et pouvant mesurer même l'étendue entière de la surface interne de la vessie (Kleim). Des examens histologiques ont montré que ces lambeaux sont formés par la muqueuse vésicale gangrénée, qui se détache, entraînant ordinairement avec elle une portion de la couche musculaire sous-jacente.

Parfois toute l'épaisseur de la paroi vésicale est comprise dans la membrane expulsée : tels sont les faits de Frankenhäuser, Radurowicz, Krukenberg, etc., dans lesquels le revêtement péritonéal a été constaté nettement sur l'une des faces du lambeau.

Tous ces accidents s'accompagnent de *symptômes fonctionnels et généraux* plus ou moins graves : dysurie, douleurs hypogastriques, frissons, fièvre, prostration, etc... Malgré l'expulsion de lambeaux caractéristiques d'une gangrène vésicale, la guérison peut avoir lieu, comme dans les observations rapportées par Vittich, Brandeis, Haussmann, Godson. Cette guérison n'est parfois obtenue qu'au prix d'infirmités ultérieures, et les femmes survivent avec une vessie rétractée, qui se dilate mal, et qui ne peut conserver l'urine que très peu de temps dans sa cavité rétrécie.

Mais le plus souvent les malades succombent avec des symptômes infectieux ou urémiques.

On trouve alors à l'autopsie des lésions profondes du réservoir urinaire. La vessie est remplie par un liquide brunâtre, infect, mélangé de débris gangréneux, parfois

de caillots noirâtres (Chambers). Sa surface interne est couverte d'incrustation de sels. Dans sa cavité on a trouvé dans quelques cas une sorte de sac plein d'une urine fétide et complètement détaché de la paroi. (Schalz, Moldenhauer, M. Duncan). Ce sac est constitué par la muqueuse nécrosée en totalité et doublée d'une couche de fibres musculaires. On comprend l'obstacle qu'une pareille disposition doit opposer au cathétérisme pendant la vie et combien il faut prendre de précautions : en enfonceant trop une sonde rigide on pourrait déterminer facilement une perforation de la vessie.

Rupture mécanique. — Des RUPTURES vésicales surviennent parfois comme complications de la rétroversion. Elles peuvent se produire par des mécanismes différents. Ou bien c'est une déchirure qui a lieu brusquement, à la suite d'un traumatisme ou d'un sondage.

Ce sont là des cas rares, cependant Ahlfeld a rapporté l'observation d'une femme dont la vessie distendue se rompit par le fait d'une chute sur le ventre, et Martin a vu un fait où une perforation vésicale fut produite par un sondage maladroit et un autre cas, après éternuement.

Rupture par gangrène. — Ou bien l'altération de la muqueuse vésicale permettant à l'urine de s'infiltrer entre les différentes couches de la vessie, ce liquide rencontre des points faibles, au niveau desquels l'organe aminci se rompt au moindre effort (Schwartz). Mais le plus souvent la solution de continuité est la conséquence d'une perforation gangréneuse de cause infectieuse, la vessie étant mortifiée par places dans toute son épaisseur comme dans une observation de Bamberger.

La perforation vésicale. — La rupture constituée, plusieurs faits peuvent se produire selon qu'il y a ou non des

adhérences entre la vessie et les différents viscères de voisinage. Dans le cas d'adhérences, la cavité vésicale peut, au moment de la chute de l'escharre, rester complètement close, ou bien une communication s'établit entre la vessie et ce viscère : les auteurs ont observé des fistules vésico-intestinales survenues ainsi.

S'il n'y a pas d'adhérences solides, l'escharre cédant brusquement à la pression de l'urine, le liquide fait irruption dans l'abdomen et, après une courte période de bien-être trompeur, une *péritonite* suraiguë enlève la malade.

Dans un cas de Schröder, le péritoine décollé de la vessie resta intact malgré la destruction de la tunique musculaire vésicale : il était soulevé par le liquide et il en résultait une tumeur surajoutée au sommet de la vessie.

Godson a publié une fistule vésico-vaginale après chute de l'escharre du bas-fond vésical. La grossesse continua son cours et aboutit à terme.

Les lésions vésicales que nous venons de passer en revue peuvent avoir sur *les reins* un retentissement marqué : nous nous bornerons à signaler la *pyélite*, la *pyélo-néphrite*, l'*hydronéphrose*, etc., dont l'existence est souvent révélée à l'autopsie.

Tels sont les graves accidents qui peuvent résulter de l'incarcération de l'utérus. On les observe aussi lorsque le corps de l'organe continuant à se développer, s'élève en partie au-dessus du détroit supérieur.

Ajoutons, fait important au point de vue du pronostic, qu'ils *persistent parfois même après la réduction*, lorsque celle-ci n'a lieu que tardivement et que des lésions irrémédiables ont eu le temps de s'établir.

LE PRONOSTIC est en général sérieux, il dépend de l'âge de la grossesse et de la durée de la rétention d'urine. On a voulu établir un rapport entre cette durée et la date variable où éclatent les diverses complications.

a) Dans les dix premières semaines de la rétroversion de l'utérus gravide, le pronostic est indifférent, car à cette époque l'utérus se redresse souvent spontanément.

b) Plus tard, lorsque les phénomènes de compression existent manifestement, si la réduction spontanée ne s'effectue pas, alors il est temps d'intervenir.

c) Si non, ou bien la malade *avorte*, et l'avortement en ce cas est une chose grave : 20 morts sur 47 (Charles, de Liège) ou bien elle s'achemine fatalement vers la mort, et cette mort est causée soit par les accidents vésicaux et leur terme ultime l'*urémie*, soit par les accidents intestinaux, enfin la septicémie.

C'est ainsi que Gottschalk réunit 67 cas suivis de mort dont :

- 16 par urémie;
- 4 par septicémie vésicale;
- 3 par gangrène de la vessie;
- 3 par rupture de la vessie;
- 12 par péritonite d'origine vésicale;
- 3 par pyohémie;
- 2 par rupture intestinale;
- 1 par gangrène;
- 3 par iléus;
- 4 par causes inconnues.

En résumé, le pronostic varie essentiellement suivant la période de la maladie et le traitement suivi. Il est bénin au début, sauf la question de l'avortement à répétition. Plus tard, c'est l'état de la vessie qui règle le pronostic. Dès qu'il y a cystite, il est réservé; quand il y a gangrène vésicale, il est presque toujours fatal.

Observations actuelles

Telle est la description classique que nous avons trouvée reproduite dans les traités même les plus récents : voici maintenant l'opinion des accoucheurs exerçant actuellement dans les hôpitaux de Paris.

Nous avons poursuivi notre enquête dans la plupart des maternités et principalement dans celle de Lariboisière où nous avons trouvé toute la collection des observations à notre disposition, ainsi que celle des malades de ville de M. le Dr Devraigne, qui nous appuie déjà de toute son énorme expérience. A son opinion autorisée s'ajoutent celles que j'ai recueillies personnellement auprès de MM. Rudaux, Lemeland, M^{lle} Mossé à la Maternité de Port-Royal; M. Macé à l'Hôtel-Dieu; M. Levant à la Charité; M. Cathala à Saint-Louis; enfin dans les Maternités de la Pitié, de Tenon et de Beaujon.

Je suis heureux de saisir cette occasion pour remercier tous les chefs de leur bienveillant accueil et de leur réponse unanime qui simplifie singulièrement notre travail : c'est que tous sont d'accord pour répondre dès la question posée : « Avez-vous des observations de troubles urinaires déterminés par la rétroversion de l'utérus gravide? » — Non, on ne voit plus cela, et surtout jamais les graves complications que l'on décrit dans les traités.

Le résultat de cette enquête est donc réconfortant, et l'opinion générale paraît singulièrement optimiste si on la compare à la description classique des accidents que nous ve-

nous ne reproduire : *les accoucheurs* ne voient plus ou presque plus de troubles urinaires dus à la rétroversion l'utérus gravide et surtout n'en voient plus de graves : les complications gangréneuses de la vessie en particulier semblent avoir disparu.

Puisque les troubles urinaires se voient principalement dans les premiers mois de la grossesse, celle-ci étant quelquefois à peine reconnue, on peut penser que les femmes consultent *les urologues*, de préférence aux accoucheurs.

Nous avons donc continué notre enquête en nous adressant à M. le Professeur Legneu; à M. le Dr Michon, et à M. le Dr Marion, qui trouveront ici l'expression respectueuse de nos vifs remerciements.

Or les urologues ne sont pas moins unanimes : ils ne voient pour ainsi dire jamais les complications urinaires de la rétroversion de l'utérus gravide. Quelques rétentions facilement soignées (docteur Michon) et permettant à la grossesse de continuer son cours normal; mais jamais les autres complications, à tel point que M. le Professeur Legneu, au rappel de celles-ci, suppose que dans bien des cas il y avait une erreur de diagnostic et que ces gangrènes vésicales étaient d'origine caustique, tels les cas récents publiés, et dont on approfondit mieux l'étiologie criminelle.

CAUSES DE LA RARETÉ ACTUELLE DES TROUBLES URINAIRES.

Ces troubles urinaires qui sont rentrés pour la plupart des accoucheurs parisiens dans les souvenirs des temps héroïques, ou de leurs études médicales, on en constate la disparition depuis que les femmes enceintes sont convaincues que la gestation nécessite le concours du médecin accoucheur et suivent les consultations pré-natales d'une manière régulière, et précocement, dès les premiers mois. L'accoucheur peut ainsi arriver à reconnaître des rétroversions à leur début; les observations multiples ne manquent pas à

ce sujet dans les consultations de l'hôpital Lariboisière et des autres hôpitaux, qui sont de mieux en mieux suivies des femmes enceintes.

On peut ainsi dépister l'affection, quand elle n'est même pas encore soupçonnée de la femme qui n'en ressent pas les effets, à cette période de la gestation, et lui ordonner le traitement médical préventif facile à suivre et extrêmement efficace s'il est bien compris.

Si toutefois on attend de voir apparaître des signes vésicaux, le médecin averti, a tôt fait de les disgnostiquer et de les traiter convenablement sans redouter, comme autrefois, cette sage-femme de l'observation p. 37, que le sondage ne provoque l'avortement.

Le cathétérisme et les précautions d'asepsie minutieuse évitent facilement l'apparition des complications extrêmes que nous avons relatées.

Voilà à notre avis les raisons pour lesquelles un pronostic très optimiste peut être apporté maintenant à cette affection, du moins tant que la surveillance des accoucheurs pourra exercer sa vigilance.

Traitement

On doit s'efforcer d'appliquer : A) *un traitement préventif* pour éviter l'apparition des complications, et pour cela diagnostiquer la rétroversion dès les premiers mois de la grossesse. Il est donc nécessaire que les femmes enceintes soient convaincues de la nécessité, non seulement de suivre des consultations pré-natales, mais encore de venir à celles-ci très précocement; et notre chef, M. Devraigne, a bien insisté sur ce point lorsque le *Comité national de l'enfance* faisait le projet de réglementer les consultations pré-natales. Le docteur Devraigne proposa la consultation dès les premiers signes de grossesse, au 1^{er} ou 2^e mois pour diagnostiquer à temps dès le début les deux graves anomalies toujours possibles : la rétroversion, la grossesse extra-utérine, et en pouvoir prévenir ainsi les redoutables complications.

B) Nous ne pouvons mieux faire pour exposer *le traitement* que de le résumer dans le traité de *Demelin et Devraigne* : « Dans la forme lente, à début progressif, quand on a constaté la rétrodéviatiou des premiers mois, il faut réserver à cette période primitive les moyens anodins, sans les négliger. Tels sont les soins d'hygiène ayant pour but de combattre la constipation et la dysurie : mictions toutes les deux heures, selles bi-quotidiennes, très régulièrement. Enfin le repos, le décubitus horizontal, latéral ou surtout ventral pendant plusieurs heures, pour favoriser la réduction spontanée. *La position génu-cubitale* ou surtout géu-pectorale délivre l'organe gestateur du poids des viscères

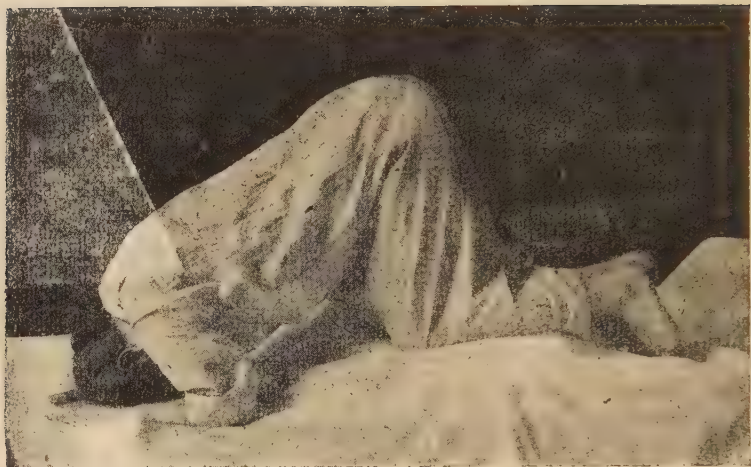


FIGURE 2

Position genu cubitale pour redresser l'utérus retroversé

abdominaux (voir fig. 2); aidée de la béance du vagin qu'on réalise au moyen d'un spéculum de Sims ou autre, de telle manière que la pression atmosphérique puisse agir sur l'utérus pour le replacer, elle permet dans bien des cas la réduction, à la condition qu'on arrive d'assez bonne heure. L'objectif est non seulement de prévenir les stades ultérieurs de l'affection, mais aussi d'empêcher l'avortement.

Lorsque la période d'état est constituée, c'est *contre la rétention d'urine* qu'il faut agir. Nous avons assez insisté page 24, sur le soin qu'il faut prendre pour la dépister et sur l'intérêt d'un *examen urinaire complet et systématique*. Le cathétérisme vésical répété trois ou quatre fois par vingt-quatre heures est formellement indiqué. Il sera avant tout aseptique. La sonde sera choisie longue (à cause de l'étirement subi par l'urètre et les zones inférieures du réservoir

et souple pour éviter tout traumatisme, toute fausse route. On emploiera de préférence une sonde d'homme en caoutchouc vulcanisé ou en gomme, si on a besoin d'un cathéter moins mou. On aura peut-être de la peine à trouver le méat; on sondera à découvert, et on sera quelquefois obligé de placer la femme dans la position genu-cubitale ou genu-pectorale pour mener à bien le cathétérisme. L'écoulement de l'urine sera lent, sans aucune pression de la main sur le bas-ventre, et, s'il y a beaucoup de liquide, on l'arrêtera à deux reprises, en bouchant ou en comprimant la sonde, afin d'éviter la venue du sang à la fin de la miction (hémorragies a vacuo).

Quand on ne trouve pas le méat, il ne faut pas hésiter à pratiquer et à répéter la ponction de la vessie par l'hypogastre, en la faisant aseptique, surtout en l'absence de tout signe de gangrène vésicale.

Au bout de quelques jours, plus ou moins tôt suivant les cas, si le sondage répété n'amène pas la réduction de l'organe, si surtout on arrive au moment où il y a déjà des signes de cystite, au cathétérisme on joindra la réduction artificielle de la rétrodéviatio. Cette réduction sera pratiquée de la manière suivante : la malade anesthésiée, la vessie et le rectum vidés, on introduit deux doigts dans le vagin pour refouler l'utérus, non pas directement en arrière du côté du promontoire qui gênerait son ascension, mais en avant et en haut, et un peu latéralement. Si l'on sent que le corps utérin cède à la pression, la main restée libre jusqu'alors essaie par la région hypogastrique, d'accrocher le bord de l'utérus, pendant que les doigts placés dans le vagin quittent le cul-de-sac postérieur et s'arc-boutent dans le cul-de-sac antérieur sur le col, pour le ramener en arrière. En cas d'insuccès, cette manœuvre bi-manuelle est reprise, et d'ailleurs très facilitée par l'abaissement préalable du col, au moyen d'une pince longue plantée dans sa lèvre antérieure. On peut aussi la tenter en mettant la femme dans la

position de Nélaton-Trendelenburg ou dans la position genu-pectorale.

La réduction obtenue, il faut la maintenir avec un pessaire. On emploie l'anneau de Dumontpallier, en général le n° 5, pour la primipare, et le n° 6 chez la multipare au 3^e mois. Le pessaire de Hodge élargi en arrière fait bien aussi (Bar).

Quand ces moyens échouent et surtout quand des accidents graves menacent, jamais le praticien ne doit songer à pratiquer l'avortement.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Contre l'irréductibilité par la voie vaginale, en l'absence de tout phénomène grave d'urémie ou d'infection, la meilleure ressource est, après évacuation récente de la vessie, la laparotomie sous-ombilicale permettant la réduction manuelle effectuée par la cavité péritonéale. Cette opération a été souvent suivie d'un succès complet, c'est-à-dire de la continuation de la grossesse jusqu'à son terme normal (Lerat). On a conseillé de maintenir la réduction par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. Ce n'est pas indispensable. Si la vie de la femme est compromise par des accidents d'ordre urémique ou infectieux, on aura, comme ressources, des opérations de nécessité, graves par elles-mêmes et par le terrain sur lequel elles sont exécutées.

Il ne peut être question ni de réduction artificielle, ni de laparotomie. Il faut penser avant tout à la vessie qui domine la situation et la drainer soit par taille sus-pubienne, soit plutôt par taille vaginale (Pinard).

Ensuite on videra l'utérus chirurgicalement, soit par incision directe par voie vaginale de la paroi postérieure, soit par césarienne vaginale ou classique, suivie ou non d'hystérectomie.

Observations

A. Pinard et Varnier. — Cystite gangréneuse et rétroversion.
Annales de gynécologie, 1886-1887.

OBSERVATION VII.

CYSTITE GANGRÉNEUSE.

1^{re} gestation normale. Terminée par application de forceps. Hémorragie très grave après la délivrance. Repos nécessaire pendant un mois. Mais n'a jamais eu de douleurs abdominales ni de troubles de la miction.

Arrêt des règles en décembre 1884; pas de troubles urinaires; puis, vers le troisième mois de la grossesse, apparaissent ceux-ci : gêne de la miction, surtout nocturne. Est obligée de faire des efforts dix-quinze minutes avant de pouvoir expulser ses urines, qui d'ailleurs sont normales. La miction n'est pas douloureuse.

Huit jours après le début de ces accidents, le jeudi 16 avril, sans cause appréciable, fut prise, vers 5 heures du matin, d'une *rétention complète d'urine* qui persista toute la journée.

Un médecin pratique le soir un cathétérisme, sans précautions antiseptiques, et retire une grande quantité d'urine. Recours nécessaire, le lendemain, à un nouveau sondage; puis, sur le conseil d'une sage-femme qui craignait un avortement (?), on cessa de sonder la malade.

A partir de ce moment, G... éprouva de vives douleurs abdominales, eut des vomissements verdâtres fréquents et n'urina que par *regorgement* sous l'influence des efforts de vomissement.

23 avril. — La malade entre à Lariboisière, service du P^r Bouchard. M. Chantemesse, après avoir diagnostiqué rétroversion de l'utérus gravidé, pratique le cathétérisme qui donne issue à deux bassins d'urine trouble, fortement ammoniacale et renfer-

mant un peu d'albumine. Des injections faites trois fois par jour avec de l'acide borique à 3 p. 100 n'amènent que des modifications insignifiantes dans l'état des urines.

La température oscille entre 39 et 40° et l'état général est assez touché.

Le 28, cinq jours après son entrée, la malade fut transférée dans le service de M. Pinard.

L'examen montre une femme amaigrie, pâle. P. 90. T. 38°.

Le ventre est développé irrégulièrement dans la région sous-ombilicale. Sur la ligne médiane, on voit et on sent une tumeur élastique, fluctuante, remontant jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur disparaît après le cathétérisme qui donne issue à environ 300 grammes d'urines troubles, sanguinolentes, à odeur infecte.

La vessie vidée, on constate la présence d'une tumeur arrondie, à convexité supérieure, qui paraît sortir du petit bassin.

La compression exercée sur cette tumeur ne détermine pas l'envie d'uriner, mais arrête au contraire le jet d'urine lorsqu'on l'exerce pendant le cathétérisme.

MM. Pinard et Tarnier formulent l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine abdominale ou d'une rétroversion partielle de l'utérus gravide.

La malade est tenue en observation quelques jours et on s'occupe surtout de combattre la *rétenition d'urine* et la *cystite purulente*. Le traitement n'amène aucune modification dans les caractères de l'urine qui reste épaisse, trouble, ammoniacale, et laisse déposer une grande quantité de pus. Il est d'ailleurs très difficile d'évacuer le contenu de la vessie. A chaque instant, l'écoulement s'arrête. Ce n'est qu'après quelques minutes de tâtonnement que l'on arrive à faire ressortir le liquide de l'injection. Les pressions légères sur l'hypogastre arrêtent également le jet de l'urine.

Le 6 mai, le sondage pratiqué toutes les trois heures et suivi d'injection boriquée est très pénible. L'évacuation de la vessie difficile et intermittente. L'urine renferme une notable quantité *de sang*. L'hématurie cesse dans la nuit.

Le 7, peu d'amélioration. L'urine, toujours aussi mauvaise, ne contient plus de sang.

L'après-midi, sans qu'aucun symptôme nouveau ne soit apparu qui ait pu faire songer à une perforation vésicale, le ventre au contraire, paraît moins douloureux et plus plat que d'ordinaire; la malade tombe brusquement dans le collapsus : dissemement des extrémités; cyanose; pouls petit à 130; 40 respirations par minute; vomissements continuels; aggravation de l'état d'heure en heure.

Le soir, à la contre-visite, apparition d'un érythème généralisé, sans prurit. La malade conserve sa connaissance; apyrétique, pouls 130; respiration 40; ne souffre plus; répond difficilement aux questions.

Le sondage ramène chaque fois environ 200 grammes d'urine, après les mêmes difficultés.

L'état s'aggrave pendant la nuit.

Le 8 au matin, l'éruption a pâli, la malade conserve encore sa connaissance. Pouls insensible; respiration haletante; vomissements incessants.

La palpation révèle une vessie distendue, mais le sondage ne peut extraire que quelques gouttes d'urine sanguinolente. On injecte une seringue boriquée; il revient à peine un peu de liquide.

La malade meurt à midi.

Autopsie. — Incision médiane sous-ombilicale qui atteint la vessie, celle-ci contractant des adhérences intimes très vasculaires avec la paroi. Elle remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; elle est du volume d'une tête de fœtus à terme et empiète sur les deux fosses iliaques. Le grand épiploon contracte avec celle-ci des adhérences anciennes et fibreuses.

La surface externe de la vessie est sillonnée de vaisseaux très développés. Ses parois sont dépressibles, molles. Le sondage ramène 200 grammes d'urine trouble et fétide. Cependant, bien que vidée, la vessie revient à peine sur elle-même à cause des adhérences pariétales anciennes. En palpant la paroi vésicale, on sent à droite une induration du volume d'une noix, due en partie à l'épaississement du péritoine, en partie à l'hypertrophie de la paroi : c'est probablement cette induration qui, pendant la vie,

donnait à l'examen la sensation d'une tumeur occupant la fosse iliaque droite.

La vessie ainsi maintenue en cet état de distension par ses adhérences dérobe à la vue l'utérus et ses annexes. Elle oppose à son ascension un obstacle insurmontable.

Section des adhérences. Utérus en rétroflexion du volume d'une tête de fœtus à terme renfermant un produit de conception.

Incision de la vessie : paroi épaissie, crie sous le scalpel. Le bas-fond et le col sont recouverts par une *membrane d'un gris noirâtre, complètement détachée et libre dans la cavité vésicale, ressemblant à un chiffon mouillé.*

Étalée, une des faces de la membrane est lisse, vascularisée; l'autre est tomenteuse et semble s'engrêner avec la face interne de la vessie au niveau de laquelle la muqueuse paraît faire défaut. La paroi vésicale est tomenteuse, rosée, très vascularisée.

Cette membrane n'a pas d'odeur fétide, est résistante et l'histologie montre que c'était la muqueuse vésicale sphacélée.

Outre ces lésions vésicales, altérations très marquées des reins : uretères et bassinets dilatés, surtout à droite; lésions de dégénérescence graisseuse.

OBSERVATION VIII.

Adhérences péritonéales anciennes empêchant l'ascension de l'utérus dans la cavité abdominale au 4^e mois de la grossesse.

— CYSTITÉ, RÉTENTION D'URINE, DISTENSION DE LA VESSIE, GANGRÈNE, PERFORATION. — *Mort de péritonite généralisée.* — (Dr SOUDHEY, *The Lancet*, 6 mai 1871, p. 610.)

M... Lydia, 16 ans, bien développée, de bonne complexion, entre à Saint-Bartholomew's Hospital le 23 mars.

Abdomen distendu, douloureux, mat jusqu'à deux pouces de l'ombilic.

Début de la maladie il y a quinze jours, par douleurs rénales, des frissons. Fréquents besoins d'uriner avec miction difficile, pour commencer; depuis cinq jours, rétention complète d'urine.

Ce matin, quelques gouttes d'urine, involontairement.

Quant à son histoire antérieure, elle avoue qu'elle a depuis

peu mené une vie dissolue, mais elle ne croit pas être enceinte. Règles irrégulières depuis quelques mois. Elle affirme qu'elle est malade depuis quinze jours, époque à laquelle elle a ressenti quelques douleurs en prenant un bain très chaud pour faire revenir ses règles.

Un cathéter élastique introduit dans la vessie donne issue à 6 pintes d'urine alcaline et trouble.

Langue rouge, température 100, pouls 140, respiration 30.

L'orifice de l'urètre est porté en haut en arrière; l'utérus augmenté de volume est fortement rétrofléchi.

9 heures du soir : sondage retire 3 pintes d'urine albumineuse, 24 mars : pouls 96, température 39.

Vessie distendue de nouveau jusqu'à l'ombilic. Difficultés sérieuses du cathétérisme : 4 pintes d'urine. Le cathéter à demeure permet l'écoulement constant de l'urine.

25 mars : réduction de la rétrodéviation inefficace. On continue les sondages, la malade souffrant de la sonde à demeure. Atteinte progressive de l'état général.

27 mars à 8 heures, douleur subite, aiguë dans le ventre et pouls imperceptible : mort dans le collapsus à 13 heures.

Autopsie : vessie à plus de 3 pouces au-dessus du pubis. Adhérences anciennes la réunissent à l'intestin et l'utérus et forment une cavité en arrière de la vessie et au-dessus de l'utérus qui contient un liquide trouble et brunâtre : cette cavité communiquait avec la vessie par une ouverture gangréneuse occupant la paroi postérieure de l'organe.

Parois vésicales épaisses, muqueuse injectée avec plaques de gangrène intéressant toutes ses couches. Col de la vessie allongé avec un orifice gangréneux également creusé dans sa paroi postérieure qui s'ouvre dans le vagin au niveau de sa paroi antérieure.

Deux uretères et deux bassinets considérablement dilatés, plaques d'apparence gangréneuse au sommet des pyramides.

Cavité pelvienne complètement remplie par l'utérus.

Réflexions. — Southey fait observer la présence d'adhérences anciennes. Ces adhérences se sont opposées au développement normal de l'utérus dans l'abdomen. Compression des viscères

pelviens avec décomposition de l'urine retenue, cystite. La distension vésicale, à son tour, a accentué la rétroversion.

La péritonite terminale a été due à l'issue d'urines par la perforation gangréneuse.

OBSERVATION IX.

CYSTITE GANGRÉNEUSE. — MOLDENHAUER (*Arch. f. Gynæk*, t. 6).

Jager, 33 ans. 7 accouchements normaux; 1 avortement.

D. R., juin.

En septembre, miction difficile.

En huit jours, rétention complète.

Un médecin vide la vessie, reconnaît la rétroflexion, essaie la réduction sans succès.

Il pratique le sondage deux fois par jour, espérant que le développement de la grossesse finira par faire sortir l'utérus du petit bassin.

Mais l'état général s'aggrave.

Entrée le 9 octobre, en mauvais état. Température normale, pouls rapide, petit.

Tumeur mate du bas-ventre : le sondage la fait diminuer en partie et ramène 100 grammes d'urines ammoniacales, troubles, floconneuses. On ne peut compléter l'évacuation de l'urine; il sort à la fin un liquide muco-purulent dans lequel nagent des détritus gangréneux et si épais qu'ils bouchent la sonde.

Le toucher fait constater la rétroversion que l'on tente de réduire : la femme paraît soulagée.

Les jours suivants, il y eut de l'incontinence, puis des mictions normales, mais avec des urines modifiées.

Du 15 au 16 octobre, expulsion d'un fœtus vivant de 32 centimètres.

L'utérus redressé avait repris sa direction normale.

Le 16 : vomissements; la malade tombe dans le collapsus.

Le 17 : mort.

Autopsie : pas de liquide dans le péritoine.

Fausse membrane épaisse réunit le côlon transverse au sommet vésical, forme pont et comprime le grêle et l'utérus qui ne peut sortir du petit bassin.

Dans la vessie dilatée, on aperçoit un sac pouvant contenir une tête de fœtus de couleur grise, formé par la muqueuse gangrénée et détachée en partie de la musculuse; paroi épaisse, sans perforation, sauf au niveau du col vésical.

Uretères peu dilatés, reins congestionnés, bassinets dilatés.

OBSERVATION X.

CYSTITE GANGRÉNEUSE. — SCHATZ (*Arch. f. Gynæk*, t. I, 1870, p. 469).

Rétention de 9 litres urine infecte avec rétroversion.

Essais infructueux de réduction.

Expulsion du fœtus.

Mort sept heures après.

Autopsie : adhérences anciennes péri-vésicales; parois vésicales fragiles.

Dans la cavité vésicale, sac noirâtre, friable; la muqueuse décollée, sphacélée.

A. MARTIN. — *Soc. d'O. G. P. de Paris* (mai 1909), *Annales de Gyn. et Obstétrique* (mai 1909). — RUPTURE spontanée de la vessie chez une femme enceinte de trois mois, présentant un utérus en rétroversion et de la RÉTENTION d'urine. — Intervention d'urgence. Guérison.

Le 14 janvier, à 3 heures du matin, j'étais appelé d'urgence par mon chef de clinique, le Dr Vallée auprès d'une de ses clientes, enceinte de trois mois et demi.

Cette femme, à la suite d'un éternuement, avait été prise de violentes douleurs abdominales, et après une heure de très vives souffrances, s'était décidée à appeler son médecin. Le Dr Vallée fit, après examen, le diagnostic de rétroversion de l'utérus gravide. Mais, en présence de la sensibilité extrême du ventre, du faciès grippé de la malade, de la fréquence et de la petitesse du pouls, il lui sembla qu'un tel diagnostic était insuffisant pour expliquer les accidents graves en présence desquels il se trouvait. Il me demanda de venir examiner sa malade avec lui.

Mon impression personnelle fut également qu'un utérus gravide de trois mois et demi en rétroflexion ne pouvait expliquer à lui seul les symptômes observés.

La malade, femme de 25 ans, primipare, n'accusait rien de particulier dans ses antécédents personnels. Sa grossesse avait évolué jusque-là à peu près normalement; toutefois, elle avait depuis quelques jours, dit-elle, un peu de *difficulté à uriner*, et se plaignait de *mictions fréquentes* et peu abondantes. C'est pour cela qu'elle avait consulté son médecin quelques jours auparavant : mon confrère avait diagnostiqué alors la rétroversion et proposé d'y remédier incessamment. Mais jusqu'à la veille de cette alerte grave, M^{me} X... avait vaqué à ses occupations habituelles; elle s'était couchée vers 10 heures, et avait dormi jusqu'à 1 heure du matin. C'est à ce moment qu'en éternuant, elle avait éprouvé dans le ventre la très soudaine et brutale douleur qui l'angoissait au moment de notre visite.

Sans plus nous attarder à un examen qui ne pouvait nous révéler par le toucher vaginal (le palper abdominal étant impossible) qu'une rétroversion utérine; persuadés d'autre part qu'une rupture probable intra-péritonéale pouvait seule expliquer le ballonnement du ventre et la réaction très vive de la séreuse abdominale, nous décidâmes, M. Vallée et moi, de faire de suite une laparotomie. D'ailleurs, l'état général allait en s'aggravant : le pouls était à 130, les vomissements incessants. La malade fut transportée dans notre service de clinique obstétricale.

Le *sondage vésical* donna un grand verre d'urine sanguinolente. A 4 heures du matin, *laparotomie* médiane, incision de 10-12 centimètres. Dès l'ouverture du péritoine il s'écoule un liquide qui, à première vue, paraît être un liquide d'ascite, mais qui, à un examen plus attentif, est reconnu pour de l'urine : il s'en écoule de 2 litres à 2 litres et demi.

Très rapidement, ma main explorant le petit bassin y constate une *déchirure de la vessie* d'au moins 4 à 5 centimètres. Le péritoine est vite desséché à l'aide de compresses, la malade placée en Trendelenbourg et la vessie attirée avec deux pinces au niveau de l'incision abdominale. Je fais sur toute l'épaisseur de la plaie vésicale un premier surjet au catgut, puis par-dessus, un second surjet séro-séreux.

Profitant de la position inclinée de la malade et de la laparotomie, j'essaie de procéder directement à la réduction de l'utérus gravide rétrofléchi, mais je n'y parviens qu'avec l'aide de ma sage-femme, M^{lle} Thierry, agissant d'autre part par refoulement vaginal. Cette manœuvre d'ailleurs doit être recommencée deux fois, l'utérus étant après une réduction, retombé de lui-même en arrière. Pour le maintenir en situation normale, il fallut tamponner fortement le vagin. J'avoue que j'ai rejeté à ce moment toute espèce de fixation chirurgicale (hystéropexie), car je ne suis pas partisan d'une telle opération sur un utérus gravide.

La paroi fut refermée, sauf à l'angle inférieur de la plaie, au-dessus du pubis, laissant en ce point le passage de trois mèches de gaze iodoformée, assurant le drainage. Une sonde à demeure fut mise en place.

Les *suites opératoires* furent quelque peu inquiétantes : la première journée, pouls fréquent, douleurs abdominales vives, etc..., mais l'urine s'écoulait bien par la sonde, les vomissements avaient cessé.

Au bout de quatre jours, tout drainage fut supprimé; la plaie se réunit par première intention.

Durant un mois il y eut une hyperthermie, la température oscillant entre 37,5 et 39 et pyurie. La sonde à demeure avait donné lieu à de la cystite et secondairement à un peu de pyélo-néphrite. Il ne fut prescrit pour ces accidents qu'un régime lacté sévère, et quelques cachets d'uroformine. Petit à petit, ces accidents s'amendèrent, au point que la malade quittait l'hôpital en bon état au bout de six semaines. Elle a depuis lors repris ses occupations habituelles sans nouvel accident et elle est actuellement enceinte de près de huit mois.

J'ai pensé qu'en raison de son extrême rareté, l'accident que je viens de rapporter méritait d'être signalé. Nous nous sommes félicités de la décision énergique que nous avons prise d'urgence, sans laquelle la malade aurait succombé.

Quant au *mécanisme* de cette rupture, il me paraît s'expliquer facilement par la distension exagérée et permanente de la vessie chez une malade n'urinant que par regorgement et ayant de la rétention d'urine due à la rétroversion de son utérus gravide.

Sur cette vessie distendue au maximum, et pour ainsi dire sous pression permanente, il a suffi d'un brusque effort ou d'une secousse relativement insignifiante, comme celle d'un éternuement pour amener la déchirure vésicale.

Il n'y avait, en effet, pas la moindre trace de sphacèle sur la vessie; celle-ci revenue sur elle-même, par conséquent à parois épaisses (au moment de l'opération), présentait à son sommet une déchirure à bords légèrement sinueux et à direction transversale.

S. GORDON LUKER. — RUPTURE DE LA VESSIE ASSOCIÉE A UNE RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE. (*Proceedings of the royal Society of Medicine*, Londres, juillet 1920.)

Femme 38 ans, primipare, enceinte trois mois, prise le 23 juin 1919 d'une douleur abdominale violente avec difficultés de la miction.

Le 27. — Sensation de rupture dans le ventre, vomissements; cinq heures après entre à l'hôpital : pouls 94, 97; matité des flancs.

T. V. — Utérus gravide en rétroversion.

Par sondage : 8 centimètres cubes urines sanguinolentes.

Ouverture abdominale : on trouve certaine quantité urine dans le ventre, l'utérus s'est remis en situation vorinale.

Sur la partie supérieure de la vessie, on voit une petite rupture qu'on referme par deux plans sutturés au cergut. Fermeture abdominale et drainage Douglas. Guérison.

L'auteur dit ne connaître qu'un cas de rupture spontanée de la vessie dans les mêmes conditions (Kelly, *Brit. Méd. Journ.*, 1883, T. I., p. 8). La rupture avait été constatée à l'autopsie.

MARCEL VAN DER ELST, Bruxelles : Une complication rare de la rétroversion utérine : HYDRONÉPHROSE.

Les bassinets et les uretères peuvent aussi être atteints par la déviation utérine.

Observation : 26 ans, accouchée avril 1920.

Accouchement normal; revue le 22 novembre.

Règles : ont réapparu le 19 novembre.

Elle accuse quelques douleurs région ovarienne droite.

A l'examen : utérus volume normal, rétroversion complète, ovaire droit sensible, prolabé dans cul-de-sac latéral.

Au spéculum : légère métrite du col.

Devant symptômes rénaux, on consulte le Dr Van Branden, adjoint au service d'urologie à l'hôpital Saint-Pierre. On constate urines troubles. Au microscope : leucocytes. Très nombreuses colonies coli-bacilles.

Cysto : capacité.

Vésicale normale.

Rougeur diffuse de la vessie.

Orifice urétéral gauche normal.

Orifice urétéral droit légèrement dilaté, un peu prolabé.

On introduit facilement une sonde urétérale Pasteau n° 13 qui progresse à 30 centimètres de profondeur.

Il s'écoule assez rapidement environ 6 centimètres cubes d'urine assez louche (la malade à ce moment n'est pas en crise).

On injecte dans bassinets 14 centimètres cubes liquide sans que la malade perçoive aucune sensation. Au quinzième centimètre cube : elle accuse au début une douleur ressemblant aux douleurs de crise.

Conclusion : hydronéphrose infectée.

Traitement : désinfection voies urinaires habituelle.

Mécanisme : Traction sur uretère droit par matrice rétro-déviée.

Le 15 février : ligamentopexie (procédé Doléris).

A l'intervention :

L'utérus plonge dans petit bassin, le col ayant suivi mouvement de ptose.

A l'exploration abdominale, sous le doigt, uretère droit légèrement dilaté.

Rein position normale.

Appendice long, enlevé.

Suites opératoires normales. Plus douleurs rénales.

Léger ténésme vésical.

Urines troubles.

18 février : vaccination, coli : immunizol Grémy à trois jours d'intervalle 1/2, 1, 1 1/2, 2, 2/2.

1^{er} mars : plus de douleur vésicale. Urines claires.

11 mars : urines claires, pas pus.

Cause des lésions uretère droit? pas compression comme dans la pyélite de la grossesse, ni par pression du col utérin sur col vésical.

Il s'agirait alors de traction du col utérin dans sa partie haute sur l'uretère.

La guérison des troubles rénaux après réduction de la déviation en est la preuve.

Complication rare de la rétro-déviatiôn utérine. Seuls les urologues les signalent.

SCHICKELÉ. — Soc. obst. gyn. Strasbourg, janv. 1923. — LA RUPTURE SPONTANÉE DE LA VESSIE PENDANT LA GROSSESSE.

La vessie, pendant la grossesse, d'habitude ne donne pas lieu à des complications importantes. Autre chose, lorsqu'il s'agit d'une rétroflexion de l'utérus gravide :

Les *rétenctions* d'urine, la dilatation parfois énorme de la vessie sont choses connues. D'habitude, l'ischurie paradoxale par rétroflexion de l'utérus gravide est facile à reconnaître. Cependant, j'ai vu dans un grand service de chirurgie une femme sur la table d'opération devant être opérée d'urgence pour iléus et qui n'avait qu'une vessie dilatée jusqu'au-dessus de l'ombilic provenant d'une rétroflexion de l'utérus gravide en partie fixé, de là difficulté des selles et même arrêts pendant quelques jours, ballonnement du ventre, douleurs, surtout par suite de la dilatation exagérée de la vessie.

Les antécédents n'avaient pas été relevés d'une façon assez exacte, mais dès qu'on reconnut la vessie vide, qu'il y avait grossesse avec rétroflexion, la femme était sauvée.

Nous connaissons encore *les hémorragies* de la muqueuse vésicale dues à la distension exagérée de la vessie par suite de la rétroflexion plus ou moins fixée.

Il y a un certain nombre d'années on a dû dans notre service

pratiquer dans un pareil cas la taille haute pour tamponner la vessie afin d'arrêter l'hémorragie.

Nous voyons enfin des cas où, comme dans celui de M. Fleurent (*Bull. Soc. Obst. gyn., Strasbourg, 1921*), par suite de l'impossibilité de ramener l'utérus en avant et afin de délivrer la vessie, on est obligé de faire la laparotomie; d'autres cas où il a fallu faire l'ablation de l'utérus sondé dans des adhérences.

Ces complications, tout en étant rares, sont néanmoins connues.

INCARCÉRATION DE L'UTÉRUS GRAVIDE RÉTROFLÉCHI. O. BUDUSAN, *Gynécologie si obstetrica*, 2 avril 1924. — *Rétention d'urine.* — « Incarcération de l'utérus gravis rétrofléchi. »

Femme âgée de 38 ans.

IV^e geste.

Constipation rebelle.

Rétention urine (la vessie contenait environ 4 litres urine).

On reconnaît rétroflexion utérus gravis.

Intervention abdominale : libère quelques adhérences; on termine par hystéropexie de l'utérus gravis.

Malade quitte hôpital 18^e jour; grossesse; celle-ci continuant son évolution normale.

OBSERVATION XIV.

MOUCHET, de Sens (*Ann. gynéc. 1900*). — *Rétention d'urine.*

37 ans, sans antécédents pathologiques, trois grossesses à terme.

D. R. le 27 septembre.

Dans la deuxième quinzaine de décembre : apparition de troubles fonctionnels du côté de la vessie : besoins fréquents, miction de plus en plus pénible, puis bientôt douleurs abdominales et constipation.

Premier examen fin décembre : tumeur abdominale fluctuante remontant au-dessus de l'ombilic. Par le toucher : col derrière

le symphyse et tumeur arrondie, régulière, non fluctuante, remplissant l'excavation.

Le cathétérisme donne issue à 2 litres d'urine claire et normale. On constate que la tumeur incarcérée dans l'excavation est l'utérus gravide.

Sondages quotidiens. Malgré l'évacuation régulière de la vessie et du rectum, il n'y a aucune tendance de réduction spontanée.

Les douleurs abdominales persistent et deviennent violentes. Essais de réduction manuelle qui restent infructueux.

Après avoir constaté que la RÉTENTION D'URINE était absolue, que le cathétérisme devenait de plus en plus difficile et pénible, que les douleurs se montrent plus intenses, et redoutant un avortement, laparotomie le 4 janvier 1898.

A l'ouverture, la vessie, bien que vidée par sondage, remonte jusqu'à l'ombilic. L'utérus rétroversé occupe l'excavation. Réduction pénible, mais possible.

Suites opératoires excellentes : disparition des troubles urinaires. Evolution normale de la grossesse au terme.

OBSERVATION XV.

D^r MOUCHET.

29 ans, bien portante jusqu'en septembre 1897. A partir de ce moment, douleurs abdominales. D. R. le 1^{er} février 1898. Augmentation rapide du volume du ventre et douleurs abdominales.

Miction devient fréquente et difficile.

5 juin : 1^{er} examen. — Tumeur abdominale, dépasse l'ombilic; col derrière la symphyse et tumeur remplissant l'excavation, mais distincte de la tumeur abdominale, cette dernière n'étant pas constituée par la vessie comme le démontre le sondage.

Le diagnostic fut : rétroversion de l'utérus gravide chez une femme ayant en plus un kyste de l'ovaire et un pyosalpinx, cela en raison de quelques accidents douloureux et fébriles apparus au début.

La réduction manuelle tentée sans résultats, la RÉTENTION D'URINE devient complète accompagnée de douleurs, de vomissements, de tumeur oscillante : on pratique la laparotomie le 25 juin.

Kyste de l'ovaire gauche abdominal et rétroversion. Réduction, guérison des troubles urinaires.

OBSERVATION XVI.

A. MARTIN, de Rouen. — *Ann. de gynéc.* 1903.

46 ans, cinq grossesses normales. Pas d'affections génitales.

D. R. le 15 juin. Malade ne se croit pas enceinte.

Douleurs depuis quinze jours. Constipation. RÉTENTION D'URINE, œdème des jambes.

Examen : ventre volumineux. Tumeur abdominale fluctuante. Sondage : 1 litre et demi d'urine. Le ventre diminue, la malade est soulagée.

Toucher : col très haut, derrière le pubis. Cul-de-sac postérieur effacé, bombe dans le vagin. Diagnostic provisoire : kyste de l'ovaire enclavé.

Au 2^e examen, diagnostic de rétroversion de l'utérus gravide. Essais de réduction inutiles.

Laparotomie : vessie remonte très haut. Rétroflexion de l'utérus. Réduction pénible.

L'urine reste fétide quelque temps encore après, malgré les lavages antiseptiques réguliers. Guérison et évolution normale de la grossesse.

OBSERVATION XVII.

MANN. — *Gynaecologie, transaction.* N. X. 1903.

Novembre 1895. — Pas de règles depuis quatre mois. RÉTENTION D'URINE, constipation. Diagnostic entre rétroversion et kyste enclavé. Impossibilité de vider les réservoirs, échec de toute réduction : laparotomie et guérison des signes urinaires.

OBSERVATION XIX.

MURDOCH-CAMERON, de Glasgow (*British Medical Journal*, 1896).

Grossesse de quatre mois avec rétention d'urine. Laparotomie.

OBSERVATION XXXI.

PAPPEL (*Monastch. Gebur. Gynæk*, 1910). — *Rétention*.

M^{me} F..., II^e geste, 36 ans. D. R. milieu d'avril. Consulte le 20 juillet : douleurs abdominales depuis huit jours. Mictions fréquentes et peu abondantes.

Examen très douloureux : tumeur rénitente montant à un travers de doigt sous l'ombilic, mate, peu fluctuante. Toucher : tumeur molle qui refoule le vagin contre la symphyse et ne permet pas d'atteindre le col. Le toucher rectal indique que la tumeur siège au-dessus du sphincter et occupe le petit bassin.

Diagnostic entre fibrome du col et kyste de l'ovaire ou rétroflexion.

Sondage : 1.500 centimètres cubes d'urine foncée, mais non fétide. La tumeur accessible à la palpation disparaît. On atteint alors le col plaqué contre la symphyse, au toucher.

Laparotomie : réduction. Guérison.

OBSERVATION XXXII.

C. FRANKESTEIN. — *Deutsche Méd. Woch*, 1910, n° 22.

23 ans, III^e pare. Entre 9 novembre pour douleurs hypogastriques, mictions douloureuses. D. R. en septembre. Utérus en rétroflexion. Echec de réduction : laparotomie.

OBSERVATION XXXVII.

CRISTOFOLETTI. — *Rétention*.

29 ans, II^e pare. Entre le 29 janvier 1910. D. R. le 15 octobre 1909. Grossesse de trois mois. Depuis un mois, douleurs vésicales, miction pénible, peu d'urine. Au cours des cinq derniers jours, sondages nécessaires. Palpation d'une tumeur rénitente abdominale et toucher d'une tumeur dans le Douglas. Pas de réduction possible. Laparotomie. Dès le 2^e jour post-opératoire, la malade pouvait uriner.

Boissard. — ETUDES SUR LES TROUBLES DE LA MICTION SE RATTACHANT AUX DIVERS ÉTATS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES DE L'UTÉRUS, 1883.

OBSERVATION XLIII.

VIGNARD (*Gaz. méd., Nantes*).

Marie R..., 24 ans. — Mai 1906, retard de deux mois compliqué de douleurs à la miction, pollakiurie. Retour des règles. Arrêt en janvier. Le 7 février, troubles urinaires; miction fréquente, difficile, douloureuse. Le médecin diagnostique rétroflexion de l'utérus gravide avec troubles urinaires. Il constate que les urines sont purulentes. Inutilité des réductions : laparotomie. Urines encore troubles après, s'éclaircissent après lavages antiseptiques. Disparition des troubles urinaires.

OBS. D^r LARMANDE. — *Arch. Médéc.*, 1881.

Miction par regorgement depuis un mois chez une femme enceinte de trois mois, ayant une rétroflexion.

CYSTITE ANGRÉNEUSE.

OBS. LUSCHKA. — *Virchow's Archiv.* 1854, T. III.

Rétention d'urine. Muqueuse vésicale détachée forme un sac.

OBS. D^r CAUVY. — *Soc. Chir.*, 1880.

Rétention au 3^e mois. Rétroversion.

A la suite de fatigues, une femme enceinte de trois mois est prise d'envies fréquentes d'uriner, avec ténésme et douleurs après la miction.

Ces phénomènes vont en s'aggravant et le ventre prend un énorme développement.

Examen qui montre la tumeur ovoïde, fluctuante, douloureuse, dont la pression amène l'envie d'uriner.

Sondage retire 3 litres. Répété.

Utérus en rétroflexion par le toucher.

Réduction et cessation des signes urinaires.

OBS. BOISSARD. — Grossesse au 3^e mois. — RÉTENTION ET RÉTROVERSION.

Abroussesi, 27 ans. Entre le 26 décembre 1882 dans le service du D^r Rigal. Enceinte quatre fois déjà.

Début de la grossesse depuis trois mois. A déjà eu de la rétention d'urine à sa première grossesse.

Rétention d'urine survient brusquement sans cause. Sondage, qui doit être répété les jours suivants jusqu'à l'entrée à l'hôpital. Examen montre les signes habituels. Rétroversion. Sondage ramène 3 litres. Répétition pendant 15 jours jusqu'à miction spontanée, l'utérus ayant remonté dans l'abdomen.

Si l'on ne vide pas la vessie, évolution vers la rupture.

OBS. DE MOREAU. — *In traité de l'art des accouchements.*

OBSERVATION DE LYNN.

OBSERVATION DE HOUËL. — *Thèse sur ruptures de la vessie.*

OBSERVATION CHARLES, de Liège. — *In Journ. de médéc. de Bruxelles*, 1875-1876. — Rupture de la vessie dans un cas de rétroversión. Femme enceinte quatre mois. Accident brusque causé par un faux pas : rétention. Sondage impossible. Pas de ponction. Le 7^e jour, nausées et hoquets, sensation de rupture. Mort. Vessie gangrénée, déchirure qui a laissé passer 10 pintes d'urine.

OBS. BARNES. — *The Lancet*, 1875. GANGRÈNE VÉSICALE.

Expulsion de la muqueuse gangrénée en forme de sac par l'urètre, après rétention de plusieurs jours. Guérison.

SPENCER WELLE. — *Obst. transact.*, vol. III, an IV. — Rétention d'urine (5 pintes) suivie de *cystite gangréneuse* avec expulsion de la muqueuse en sac.

J.-F. PHILLIPS, 1871. — *British méd. journ.*

Incontinence suivie d'expulsion de muqueuse presque complète.

CYSTITE GANGRÉNEUSE.

SCHATZ. — *Archiv. für gynäk.*, T. VI.

Un cas de complète exfoliation par sphacèle de la tunique interne de la vessie, consécutive à une rétention, suite de rétroversion de l'utérus gravide. Mort. Muqueuse vésicale détachée.

CYSTITE GANGRÉNEUSE.

MOLDENFRANER. — *Archiv. für gynäk.*, T. IV.

Détachement complet de la muqueuse vésicale dans une rétroflexion de l'utérus gravide.

Femme enceinte de trois mois. Douleurs en urinant, puis après huit jours, rétention d'urine. Sondage bi-quotidien, mais l'état général s'aggrave.

Entrée à l'hôpital de Leipzig. Sondage ramène 100 grammes d'urines troubles ammoniacales. On reconnaît la rétroflexion, on la réduit. Mort.

À l'incision de la vessie, on trouve dans sa cavité un sac jaune brunâtre, du volume de la tête d'un enfant, formé par la muqueuse détachée en sa totalité, et ayant dans un endroit intéressé la tunique musculaire.

L'épaisseur est de 3 à 4^{mm}, sa surface interne est noire. Au microscope, point d'épithélium, mais des fibres musculaires lisses entre-croisées.

Nous en avons fini avec les accidents urinaires dus à la rétroversion de l'utérus gravide, et si nous insisté sur ce point, c'est pour montrer toute l'importance que l'on doit attacher à la rétention d'urine qui se produit au cours de la gestation; elle peut en effet être le premier et seul signe de la production de la rétroversion. Son apparition, de même que la miction par regorgement, devront donc éveiller l'attention et mettre en garde contre les complications suivantes : la rupture de la vessie ou encore le sphacèle de la muqueuse.

OBSERVATION I.

COUVELAIRE ET LÉVY SOLAL. *Soc. O. G. P.*, 1918. — GROSSE RÉTENTION.

F., 22 ans, réglée à 14 ans, régulière, sans douleurs. Accouchement normal à terme, en 1906.

Fausse couche de trois mois en 1910.

Au 2^e mois, on aurait fait à la Pitié le diagnostic de rétroflexion de l'utérus gravide. Il n'y avait pas de troubles urinaires.

Au 3^e mois : avortement. Reste huit jours à l'hôpital. Retour des règles six semaines après l'avortement.

En 1912, 3^e gestation. D. R. : 29 septembre au 6 octobre. Vers la fin novembre, consulte un médecin pour une « pesanteur gênante dans le bassin », qui fait le diagnostic de rétroversion.

Il n'y avait pas de troubles urinaires, ils n'apparaissent que dans la deuxième moitié de décembre, avec miction difficile, surtout le matin au réveil.

Un médecin a dû pratiquer une fois le cathétérisme pour *ré-tention d'urine*.

Constipation relative.

13 janvier 1913. — Elle entre à la clinique Baudelocque, et l'on constate :

1^o Au-dessus du pubis, une tumeur médiane rénitente, remontant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse et à concavité supérieure. Ce n'est pas la vessie.

2^o Derrière le pubis, et à hauteur du bord supérieur de la symphyse, on atteint par le toucher le col utérin.

3^o Le petit bassin est occupé par une tumeur rénitente irréductible siégeant dans le Douglas.

Impossible de fixer les connexions entre la tumeur abdominale et pelvienne. L'hypothèse qui répond le mieux est celle d'utérus gravide refoulé par une tumeur kystique pelvienne.

Laparotomie le 6 février. La vessie est tout entière abdominale. Ses parois n'ont rien d'anormal.

Derrière elle émerge une tumeur dont le dôme libre est constitué par la face antérieure de l'utérus gravide, et qui plonge dans le petit bassin.

En somme, c'est la face postérieure de l'utérus qui constituait la tumeur pelvienne.

Libération, etc... Guérison.

OBSERVATION II.

CRISTOFOLETTI.

III^e pare, 32 ans, entre le 7 février 1910.

Depuis deux ans, douleurs pelviennes. Pessaire depuis un an.

D. R. le 1^{er} novembre 1909.

Depuis trois semaines, douleurs vésicales nécessitant le *cathétérisme*.

A son entrée, *CYSTITE* légère.

L'utérus est gros comme à trois mois, le col est haut, rétro-symphysaire.

Laparotomie : l'utérus s'est surtout développé aux dépens de la paroi postérieure qui, par surcharge, s'enfonce dans l'excavation et la remplit.

Redressement et fixation à la Doléris.

Dès le 2^e jour, *miction spontanée* et plus de douleurs.

La grossesse évolue normalement.

OBSERVATION III.

PAQUET. — *Semaine gynécologique*, Paris, 1913. — *Rétention*.

Service Oui. Maternité, 26 mai 1913.

Malade de 24 ans, a marché à 18 mois, réglée à 15 ans.

Jamais malade jusqu'en 1910, quand elle ressent des douleurs abdominales et lombaires, et la *miction devient douloureuse*.

Règles restent régulières. Pas de leucorrhée.

En 1911, consulte un médecin qui fait le diagnostic de rétro-déviation et essaie de la réduire sans succès.

En août, retard de six semaines, suivi d'hémorragie abondante.

En mai 1912, mêmes phénomènes.

En août 1912, les règles disparaissent de nouveau et en décembre il y a *réten tion d'urine* nécessitant un sondage.

L'état est resté bon, mais les mictions deviennent fréquentes et peu abondantes. La constipation est peu marquée.

25 mai, 4 heures. Début du travail. Accouchement difficile. Utérus dans l'excavation, non réductible. Enfant mort après la naissance.

Plus de troubles urinaires après l'accouchement.

OBSERVATION X.

DELIASSUS, Soc. O. G. P., 1911. — *Rétention avec hématurie.*

Femme enceinte de 4 mois. Ayant déjà eu 8 grossesses normales.

Depuis huit jours, elle a des douleurs et un *écoulement de sang par l'urètre*.

Au sondage : on retire près d'un litre de sang de la vessie ayant une odeur infecte. On fait un lavage et le lendemain il y a amélioration. On retire par sondage 1 litre d'urine accumulée depuis la veille.

A l'examen, le col est inaccessible et l'excavation est remplie par une tumeur ronde, lisse, en dos d'âne et un peu douloureuse.

Le palper donne la sensation d'une masse arrondie dont le fond ne dépasse que fort peu le pubis. Mais la vessie mal vidée gêne l'exploration.

Laparotomie : on trouve dans l'abdomen une poche fluctuante, molle, violacée, marbrée de veines, et qui n'est autre que la vessie que le sondage n'a pas vidée complètement. On la vide par expression.

Derrière elle se trouve une autre poche d'aspect semblable et occupant tout l'espace entre le promontoire et la vessie, dont le col est ainsi appliqué contre la symphyse.

Comme point de repère on cherche les trompes et les ligaments, qui se trouvent au-dessous de la poche rétro-vésicale, qui n'est autre que l'utérus en rétro-déviation. Réduction difficile.

Le surlendemain, avortement, d'un fœtus de 4 mois.

Description de l'utérus : le pôle supérieur ne dépassait guère la ligne promonto-pubienne. Il se trouvait donc entièrement derrière et en dessous de *la vessie qui atteignait l'ombilic*.

Salmon Alph. — *Th. agrégation Paris*, 1863. — RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE.

OBSERVATIONS DE RÉTENTIONS D'URINE.

1° WALTER WALL. — Le 7^e jour de la maladie : on donne issue par sondage à trois pintes d'urine. Ce traitement suffit à la guérison.

2° CAS DE WILMER. — 6 pintes.

3° OBSERVATION I DE PARENT. — 5, 6 litres d'urine fétide.

4° OBSERVATION III DE PARENT. — 7 à 8 litres.

5° VI^e OBSERVATION DE MARTIN. — 5 à 6 litres.

8° La vessie formait une tumeur molle qui s'élevait au-dessus de l'ombilic.

BASHAM, 1859. — Il y avait tous les caractères de l'ascite et on se préparait à la paracentèse, quand un simple sondage qui ramène 3 litres et demi d'urine fait disparaître tous les signes.

Autopsies, p. 57.

La distension de la vessie peut amener la distension des uretères, des calices : quelques observations.

OBSERVATION DE M. CRANINX. — La vessie était percée d'une ouverture gangréneuse et avait contracté des adhérences avec l'épiploon. — CYSTITÉ GANGRÉNEUSE ET PERFORATION.

THÈSE DE REINICK (1732). — RÉTENTION DE 20 LITRES.

5^e mois de la grossesse, faux pas, effort considérable. Signes douloureux et rétention d'urine. Mort en 15 jours. A l'autopsie, vessie de 20 litres d'urine, dilatation des uretères et calices.

LYNN, 1771. — Gangrène vésicale suivie de rupture. On retire de l'abdomen 9 à 10 pintes de liquide.

WITTICH, 1849. — SPHACÈLE PARTIEL DE LA VESSIE. — Rétroversion à la suite d'un effort. Essai d'avortement avec l'ergot de seigle; ponctions. Réduction de la rétroversion; mais expulsion d'urine fétide et de la muqueuse vésicale sphacelée (membrane grise, résistante, en forme de sac, composée de fibres musculaires).

La rétroversion pendant la grossesse mérite de fixer au plus haut point l'attention. Cela revient à dire qu'il faut porter rapidement remède pendant la grossesse à une rétention d'urine, même légère.

La rétention d'urine n'a pas seulement pour effet d'augmenter la gravité de la maladie par elle-même et par les désordres qui résultent d'une distension considérable de la vessie; elle a encore pour résultat de compléter la rétroversion... par les efforts sans résultats que font les femmes pour vider leur vessie.

Il y a à craindre en troisième lieu la rupture de la gangrène de la vessie.

La mort est le résultat des ruptures brusques ou par gangrène de la vessie.

D^{rs} MARTIN ET BRÉE. — *Normandie médicale*, juin 1896. — *Distension vésicale en forme de sablier, dont l'étranglement correspond au point de rétroflexion de l'utérus.*

M^{me} X..., 25 ans, 5^e grossesse.

1^{re} grossesse : avortement.

2^e grossesse : à terme.

3^e grossesse : prématurée, 7 mois et demi.

4^e grossesse : normale.

La femme se relève de ses couches très rapidement pour reprendre son travail. Aussi a-t-elle un peu gêne pendant la marche et de pesanteur dans le bas-ventre, qui ne disparaissent plus par le repos comme au début. Elle sent même que « la matrice descend » et qu'une tumeur fait saillie à la vulve.

Les accidents urinaires apparaissent il y a deux mois, avril 1896, après deux mois et demi de la grossesse actuelle. Ils consis-

tent en douleurs hypogastriques et apparition d'une tumeur à la vulve après la fatigue, disparaissant au repos. En avril, elle est prise de grandes douleurs qui font craindre une fausse couche : on calme par les moyens habituels, mais les douleurs ne cèdent pas, se répètent par crises, la constipation est complète, la malade n'urine pas, le ventre se ballonne. Elle reste dans cet état grave pendant quelques jours, puis le décubitus dorsal devenant impossible, la femme trouve spontanément un soulagement en se mettant dans la position genu-cubitale. Un médecin diagnostique la rétroversion avec rétention d'urine et envoie la malade à la clinique du Dr Martin. Son état général est profondément touché, faciès grippé, pouls 120-130, pas de température. Le ventre est très distendu par la vessie mate à la percussion et fluctuante. Au toucher on reconnaît les signes de la rétroversion.

Le Dr Martin remarque que la pression de la paroi postérieure du vagin provoque un jet d'urine par le méat, de fait on percevait au-dessus de la fourchette une tumeur fluctuante, dont la pression était douloureuse. Le Dr Martin pensa qu'il s'agissait là d'un diverticule du réservoir urinaire, dont la pression amenait le reflux du liquide vers la portion abdominale de cette cavité et le méat urinaire.

La vessie était donc divisée en deux compartiments, l'un abdominal et l'autre pelvien et ils communiquaient par un étranglement siégeant probablement au niveau de la soudure de l'utérus rétrofléchi.

Ce qui autorise à admettre une telle disposition, c'est que pour achever de vider la vessie il fallut enfoncer complètement jusqu'à son pavillon la sonde Nélaton dont le bec pénétrait ainsi dans l'arrière-loge et l'affaissait à la paroi postérieure du vagin. On retira près de trois litres d'urine qui amena un soulagement considérable. On répéta les sondages et l'utérus se redressa spontanément. L'accouchement évolua normalement vers le terme, et la femme sortit guérie de la clinique.

HARLAY. — Thèse 1898. — *Rétrodéviation avec rétention d'urine, réduites spontanément après cathétérisme.*

OBSERVATION 48.

GARNIER. — *Bullet. soc. méd. de la Sarthe*, 1872.

1^{re} pare, 31 ans. Prise au 4^e mois de sa grossesse de douleurs vives dans l'abdomen. OEdème des membres, de la vulve. Vessie remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Tumeur repoussant en avant la paroi postérieure du vagin. Incontinence d'urine, constipation.

Sondage. Diminution de l'œdème. Pendant deux jours, urines sanglantes. Guérison.

OBSERVATION 49.

DEPAUL. — *Leçons de clinique*, 1874.

Rétroversion à 3 mois et demi. Dysurie datant d'un mois, puis rétention. Sondage pendant cinq jours. Réduction spontanée le 16^e jour.

OBSERVATION 50.

DUCOR. — Thèse Paris.

29 ans. Rétroversion au 4^e mois. Rétention d'urine, constipation, sondage donne issue à 3 litres d'urine. Le lendemain, l'utérus était réduit. Au bout de quelques jours urines normales.

OBSERVATION 53.

MARCHAND. — Thèse Ducor.

Femme 36 ans. Deux accouchements. Suppression de règles depuis deux mois. Douleurs hypogastre. Incontinence d'urine, constipation. Rétroversion, sondage deux fois par jour. Disparition des phénomènes par réduction spontanée au bout d'un mois. Accouche à terme.

HARLAY. — Dans ces observations, l'obstacle à l'ascension de l'utérus dans l'abdomen était le globe vésical. L'utérus s'efforçant de se redresser en suivant la face antérieure du sacrum a comprimé l'urètre contre le pubis, d'où distension vésicale.

Aussi, dès que l'urine est évacuée, peut-il achever sa réduction spontanée.

Deumann dit que le cathétérisme devait donc être l'unique intervention dans les rétroversions. Elle ne suffit pas toujours.

OBSERVATION 58.

BALB. — *Abeille médicale*, 1872.

Femme, 25 ans, 3^e mois. Anasarque, œdème des lèvres. Miction par regorgement. Anxiété, agitation. Sondage difficile donnant issue à 4.900 grammes d'urine fétide et trouble. L'état s'améliore, mais bientôt les symptômes reprennent : nouveaux sondages et ainsi mêmes alternatives jusqu'à l'avortement : l'utérus reprend alors sa position normale.

OBSERVATION LATHURAS-VIOLLET.

Résumée. — *Ann. gynécologie et obst.*, avril 1896.

Variété de rétention dans la rétroversion de l'utérus gravide pour renversement de la vessie dans le cul-de-sac de Douglas.

Marie B..., 36 ans, IV^e pare. Entre service Larroyenne le 25 mars 1895.

D. R. le 31 décembre 1894.

Il y a un mois, la malade a vomi à deux reprises. Son ventre grossit subitement et en même temps apparaissent des troubles de la miction.

Huit jours après le début de ces accidents, œdème des membres inférieurs, atteignant la région vulvaire.

L'examen montre un abdomen plus volumineux que ne le comporte la période présumée de la grossesse. Tumeur médiane due à la vessie.

Réservoir urinaire agrandi : un hystéromètre ne touche pas le fond : plus de 20 centimètres.

Sondage retire 3 litres. Répétition. Suivie de guérison. Réduction de la rétroflexion.

DUVERGEY ET DAX. — *Cystite gangréneuse. Perforation consécutive à une rétroversion de l'utérus gravide* (Soc. obst. et gyn., Bordeaux, 10 janvier 1922; in *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, n° 1, 1922, p. 29).

Rétroversion utérus gravide de trois mois : survient une rétention d'urine.

Aggravation : péricystite avec foyer pelvien qui est ouvert par le Douglas.

Sondage malpropre : il éclate une cystite.

La vessie se perforé; foyers péritonite suppurée circonscrite très étendue apparaissent.

La malade cachectisée subit laparotomie double par laquelle s'écoule grande quantité de pus. Mort quelques jours après.

B. SCHWEITZER, Leipzig. — *Cystite gangréneuse disséquante à la suite de la rétroflexion de l'utérus gravide enclavé* (*Zentralbl. f. Gynæk*, 14 juillet 1923, p. 1140, n° 28).

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 33 ans qui, subitement, au 4^e mois d'une grossesse, fut prise de dysurie avec ténésme vésical : le lendemain, la miction est impossible, mais il se produit une émission goutte à goutte par regorgement.

Le 4^e jour après le début des accidents, elle entre à la clinique : la vessie hyperdilatée déborde l'ombilic de deux travers de doigt.

Col utérin est repoussé sous la symphyse.

Corps gravide en rétroflexion et enclavé.

Le cathétérisme donne issue à plusieurs litres d'urine infectée; puis, sous anesthésie générale, on désenclavé l'utérus et on applique un pessaire.

Malgré cela et malgré un traitement local approprié, les signes vésicaux continuèrent à s'aggraver. L'urine reste alcaline, purulente, infecte, et au bout de quinze jours, le 21 avril, la malade expulse, au milieu de violentes douleurs, une sorte de *moule de la vessie* qui n'était autre qu'un sac musculo-muqueux, horrible et fétide, sphacélé des trois quarts de sa surface; à la suite, petite hématurie.

A ce moment, l'incontinence devient absolue, et on n'arrive que très lentement à restituer à la vessie une capacité de 20 centimètres cubes.

Pendant ce temps, la grossesse évoluait et aboutissait à la naissance d'un enfant prématuré de 2 kgr. 300, avec suites normales.

Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est la rapidité avec laquelle la gangrène était amorcée (quatre jours de compression).

L'auteur a revu d'ailleurs sa malade au bout de quelques mois.

L'examen cystoscopique montre la néo-vessie d'une capacité d'environ 50 centimètres cubes; on voit les deux orifices urétéraux, mais le gauche est béant et donne de l'urine purulente (destruction de la couche musculieuse circulaire à ce niveau). L'avenir de la malade réservé à cause pyélite gauche. On devra, après traitement de celle-ci, refaire un sphincter par une plastie.

« *Enclavement de l'utérus rétrofléchi gravide au 4^e mois* », par J. FORTICH, chef de service gynécologique de l'hôpital régional de Niche (Serbie). *La Gynéco*, avril 1925.

Femme 25 ans.

Deux accidents antérieurs : l'un, il y a un an et demi; l'autre, il y a sept mois.

Entre le 16 juillet dans le service pour :

1^o Douleurs au bas-ventre;

2^o *Incontinence d'urine* datant de quinze jours.

Se croit enceinte, ses règles ayant disparu depuis le début d'avril.

Toucher vaginal avec deux doigts : il produit un jet d'urine.

La vessie contenait 4 litres liquide clair.

Utérus enclavé dans petit bassin.

On essaie réduction par procédé bi-manuel.

1^{re} fois, échec complet.

2^e fois, succès. Pendant quatre jours, on dut cathétériser en core la vessie, puis la malade urina seule.

D^r MICHON, hôpital Beaujon. — *Rétention.*

N° 1, salle Malgaigne.

Entrée : 17 novembre 1926.

Femme F...; âge, 38 ans.

Entre pour rétention d'urine.

Vers le milieu de novembre, la malade a commencé à présenter de la pollakiurie, avec besoin incessant d'uriner, mais n'urinant que quelques gouttes à la fois. Douleur à chaque miction; en même temps, son ventre augmente de volume.

Cet état dure une dizaine de jours.

Le 26 novembre, la malade se présente à la consultation avec un ventre gros et dur.

On lui retire par sondage 3 l. 150 d'urine.

Dans le courant de la journée, elle urine moins souvent et plus facilement.

Néanmoins, le lendemain matin, on lui retire encore 1 l. 750.

Entre à l'hôpital : les mictions sont moins nombreuses et plus abondantes.

Antécédents : Bonne santé. Réglée à 16 ans. Bien réglée. Pas d'enfants; deux fausses couches de trois mois en 1912-1916.

Les urines sont aseptiquement recueillies et contiennent : assez nombreux polynucléaires; staxylocoques; cristaux; recherche négative de B. K.

On met une sonde à demeure et, en quelques jours de soins, les urines s'éclaircissent bien, les mictions normales reprennent. Sortie.

La grossesse évolue et la femme revient à la Maternité de Beaujon le 31 mars : accouchement d'un enfant de 7 mois prématuré; fille vivante.

Les troubles urinaires, disparus quatre mois avant le terme de sa grossesse n'avaient jamais reparu, et la femme avait même négligé de les signaler dans le service d'accouchement, ce qui nous explique que ceux-ci passent souvent inaperçus dans ces services, de même que la grossesse peut être méconnue à son début dans les services d'urinaires, l'attention n'étant pas encore attirée de ce côté à cette période initiale de la gestation.

Conclusions

Les troubles urinaires graves décrits dans les traités classiques au chapitre de la rétroversion de l'utérus gravide ne se voient plus que très exceptionnellement aujourd'hui dans les Maternités parisiennes.

Ce fait est dû à la précocité du diagnostic et au traitement, conséquence de l'action des consultations pré-natales.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*
ROGER. COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLETY.

Bibliographie

- ANTONY. — Th. 1912 : Traitement médical de la rétroversion.
- AUDIBERT. — Th. 1911 : Rétroflexion aiguë primitive de l'utérus gravide.
- AUVARD. — Contribution à l'étude de la vessie pendant la puerpéralité, *In Travaux d'Obst.*, Paris, 1889. T. I, p. 469.
- BAR. — *Journ. Praticiens*, 1910, p. 145 : Rétroversion utérus gravide.
- BAR. — Pratique de l'art des accouchements. Traité de gynécologie opératoire.
- BAISCH. — Hémorragies vésicales dans les rétroflexions de l'utérus gravide (*Zeitschr. f. gynäk. urol.*, 1908, II, n° 1).
- BEIN. — Thèse 1907-1908 : Rétroflexion.
- BROUSSIN. — De la rétention d'urine au début de la grossesse, *Arch. générales Médec.*, 1881, T. I, p. 281.
- BOISSARD. — Etudes sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus, Paris, 1883.
- BONNEFOUS. — De la rétention d'urine pendant la grossesse. Th. Montpellier, 1881.
- BUDIN. — Obstétrique et gynécologie.
- BARNES. — Leçon sur les affections de la vessie, dans leurs rapports avec les maladies utérines. *Lancet*, 1875.
- CRIVELLI. — Th. 1919-1920 : Des rétrodéviations partiellement irréductibles de l'utérus gravide.
- CONSTANTINESCU. — Rétroversion des graviden ut. mit. totalen Harnretention (*Gynécol. si obstetric*, Bd I, n° 2, 1922).
- CHANTREUIL. — Leçon à l'hôpital des cliniques, 1881.
- CLERC. — Th. 1900.

- COUVELAIRE. — Introduction à la chirurgie utérine obstétricale.
— *Bull. Soc. O. G.*, Paris, 1909, février.
- COUVELAIRE ET LÉVY-SOLAL. — Id., 1919.
- CUGNO. — Th. 1906-1907.
- CAILLETET. — Rétroversion pendant la grossesse. — Th. 1868.
- COMBARIEU. — Pathogénie, rétroversion utérus gravide. — Th. 1884-1885.
- CAUVY. — *Soc. Chir.*, 1880 : Rétention d'urine au début de la grossesse.
- CHARLES (de Liège). — Rétroversion, Bruxelles, 1878.
- COTTIGNY. — De la rétroversion pendant la grossesse. — Th. Paris, 1862.
- DELMAS ET ROGER. — Rétroflexion de l'utérus gravide. Cystite hémorragique à coli-bacilles. *Soc. Sciences médicales*, Montpellier, 1908, 22 mai.
- DELASSUS. — *Soc. obst. gyn.*, Paris, 1911.
- DELBET. — *Soc. obst. gyn.*, Paris, 1909.
- DAYOT ET HARDOUIN. — Enclavement d'un utérus gravide fibromateux. — *Rev. gyn. et chir. abd.*, 1908.
- DEROYE. — De la rétroflexion primitive de l'utérus. — Th. 1910.
- DUCOR. — Rétroversion utérus gravide. — Th. 1879.
- DEMELIN. — Obst., septembre 1897; 1896, p. 391. — Obst. d'urgence, 1900. — *Revue et mémoires d'obstétrique*, 1900.
- DEMELIN ET DEVRAIGNE. — Traité d'obstétrique.
- DEPAUL. — Clin. obst., 1876.
- DUBRISAY ET JEANNIN. — Précis d'obstétrique.
- FARABEUF ET VARNIER. — Etude clinique et pratique des accouchements.
- FABRE. — Obstétrique.
- FERRY. — Thèse Paris, 1905-1906.
- FIGUÉRA. — Thèse Paris, 1902-1903 : Traitement des rétro-déviation.
- FRANCE. — Thèse Paris, 1874 : Rétroversion utérus. Traitement.
- FUMEY. — Thèse Paris, 1900 : Traitement rétroversion.
- FAURE ET SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.

- GROSSE. — Rétrodéviat. ut. gravide. *Gaz. méd.*, Nantes, 1911, *Rev. mens. gyn., obst. péd.*, 1911, T. VI, p. 40. — Th. Paris, 1898.
- GUYON. — Cliniques. Sur les affections de la vessie et de la prostate, 1888-1895, XXVI^e leçon. Des cystites, p. 771. — Cystites chez la femme.
- GOTTBERG. — Sur 46 cas de nécrose exfoliante vésicale. 22 fois due à rétroflexe ut. gr. — 1892. Diss. Kiel.
- HARDOUIN. — Contribution à l'étude rétroversion utérus grav. Th. Paris, 95-96.
- HARLAY. — Contribution... *id.* — Th. 98-99. — *Rev. prat. obst. et Péd.*, 1899.
- HARTMANN. — Gyn. opérat., *Soc. obst. gyn.*, Paris, 1900.
- HERGOTT. — *Ann. gén. ur.*, Paris, 1913.
- HIVET. — Traitement des rétrodéviations. — Th. Paris, 1900.
- HOUTTELETTE. — Etude sur la rétrodéviation mobile. — Th. 1911.
- HANNECART. — Un cas de dilatation énorme de la vessie provoqué par un utérus gravide rétrofléchi. *Ann. de la soc. belge de chir.*, 1900.
- HARTMANN HENRI. — Du drainage et de l'évacuation continue de la vessie dans le traitement des cystites dues à la rétroversion. *Gaz. Hôp.*, 1887, avril.
- HAULTAIN. — Exfoliation of the bladder in the female. *Edit. méd. Journ.*, 1890.
- JAYLE ET LIMA. — *Revue de gynéco.*, Paris, 1897.
- KOECHLIN. — Th. 1921 : Rétrodéviation utérus.
- LE DENTU. — De la rétrodéviation utérine. — *P. M.*, 21 févr. 1906.
- LATHURAZ-VIOLET. — *Ann. gyn. obst.*, avril 1896 : Variété de rétent. d'urine dans la rétroversion de l'utérus gravide, p. 286.
- LEFEBVRE. — Rétent. d'urine et utérus gravide rétrodévié. — Th. Paris, 96-97.
- COUVELAIRE ET LÉVY. — *Soc. O. G.*, Paris 1919.
- LERAT. — Th. 1911 : La rétroversion et son traitement.
- LABADIE LAGRAVE-LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical gynécologie*, 1914.

- LUSCHKA. — Rétention d'urine dans la grossesse. — *Wirchow's Archiv*. 1854.
- MERTEN. — Uber einen Fall von uterus gravidus incarceratus mit Blasengangrän und seine operative Behandlung.
- MARTIN. — Soc. d'obst. gyn. et péd. de Paris, 10 mai 1909. — *P. Médic.*, 1909, T. XVII, p. 350 : « Rupture vésicale spontanée dans un cas de rétention d'urine au cours de la rétroversion de l'utérus gravis. Intervention. Guérison ».
- A. MARTIN. — Rétroversion d'ut. grav. et rétention d'urine. Réduction spontanée après émission de 11 litres d'urines en 16 heures. — *Rev. méd. Normandie*, Rouen 1901, T. I, p. 1.
- E. MONOD. — Cystites chez la femme et grossesse. — *Ann. gyn.*, 1880, mars-avril-mai.
- A. MARTIN. — Rétroflexion d'utérus gravis et prolapsus vésical. rétro-utérin. — *Normandie méd.*, Rouen 1896.
- MOLDENHAUER. — Gangrène de la muqueuse vésicale due à la rétroflexion prolongée d'un utérus gravis. — *Archiv. für gynäk.*, T. VI, fasc. I, 1873.
- MOREAU. — Traité de l'art des accouchements. Rupture de la vessie, p. 231.
- ORTODOXU. — Th. 1922 : Ligamentopexie dans la rétrodéviati³on.
- POZZI. — Traité de gynéco.
- PONEY. — La gynécologie, 1903, p. 121. — Quelques observations de rétroversion.
- PINARD et VARNIER. — Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravis. *Ann. gyn.* 1886. — Cystite gangréneuse et rétroversion. — *Ann. gyn.* 1887.
- PINARD. — *Ann. gyn.*, 1886, p. 344. — 1898, p. 241.
- PAQUET. — *Sem. gyn.*, Paris 1913.
- PINARD, SÉGOND, COUVELAIRE. — *Bull. soc. O. G. Paris*, 1903.
- POTET. — *Rev. prat. obst. et péd.*, Paris, 1912.
- PINARD. — Rupture spontanée de la vessie chez une femme enceinte présentant un utérus en rétroversion. — Soc. d'obst. gyn. péd., Paris, 12 juillet 1909. — Comptes rendus hebdomadaires, soc. T. XI, p. 229.

- PRIGE. — Sur les gangrènes vésicales par séquestration utérine. — *Zeitschr. f. ürolg.*, 1909.
- RAZINSKY. — Rétention d'urine pendant la grossesse. — Th. Strasbourg, 1869.
- PICHEVIN. — Des troubles urinaires dans les déviations de l'utérus en arrière. — *Sem. gynéc.* 1908, p. 233.
- RIBEMONT-DESSAIGNE, LEPAGE. — Précis obstétrique, 1914.
- RAICHSTEIN. — De la rétroversion utér. gravide. — Th. Paris 1910.
- RICARD-SIREDEY. — *Bull. soc. O. G.*, Paris 1910.
- RICHELOT. — *Bull. soc. O. G.*, avril 1910.
- REED, CH. — Étiologie de l'ischurie dans la rétroflex. U. G. — *Americ. journ. of. obst.*, fév. 1904, p. 145.
- SCHICKELE. — La rupture spontanée de la vessie pendant la grossesse. — *Bull. Soc. d'obst. gyn.*, 1923, n° 1.
- SCHWEITZER, SIREDEY. — *Ann. gyn. obst.*, sept. 1910.
- SALMON. — De la rétroversion de l'utérus gravide. — Th. agrég. Paris 1863.
- SEGOND. — Soc. chir., mars 1899.
- SEGOND. — Soc. O. G., Paris, avril 1900.
- SCHULTZE. — Traité des déviations utérines. Traduit par Her-gott, 1884.
- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, p. 230. — Traité d'accouchement 1886.
- TRILLAT. — Troubles urinaires dans rétroversion ut. gr. — *Ann. gyn. obst.* 1907.
- SIREDEY A. — Les rétrodéviat. de l'ut. — *La gynéco.*, T. XIX, mai 1920, p. 245.
- SCHATZ. — Zwei besondere Fälle von retroflexio U. G. — *Archiv. für gynäk.*, Bd. I., S. 469.
- SEYTRE. — Renversement vessie dans Douglas compliquant rétroversion ut. gr. — Th. Lyon, 1887.
- SABATIER. — Rupture de la vessie au cours de la grossesse.
- VAILLE. — Rétroversion. — Th. 1906.
- WALLICH et LÉVY-SOLAL. — Éléments d'obstétrique, 1927.

